



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICINA

**“ESTILOS DE PERSONALIDAD RELACIONADOS CON TENDENCIA AL
DESARROLLO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN
ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS DEL COLEGIO PARTICULAR ANTARES DEL
VALLE DE LOS CHILLOS DURANTE MARZO- ABRIL 2013.”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICA CIRUJANA**

AUTORA: Daniela Alejandra Regalado León

DIRECTOR: Dr. Francisco Cornejo

ASESORA METODOLÓGICA: Dra. Karen Pesse

Quito, 2013

DEDICATORIA

A Dios que ha sido mi fuente de fortaleza, paciencia y esperanza de este proyecto, guiándome siempre con la luz de su amor.

A mis padres que han estado presentes siempre, impulsando cada paso importante de mi vida con amor, y enseñándome el valor de la constancia para alcanzar mis metas y sueños.

A mi hermana que ha sido siempre mi ejemplo a seguir, por su apoyo y todos los conocimientos que recibí de ella en esta investigación.

A Andrés, por recordarme siempre la nobleza de servir con amor y acompañarme incondicionalmente en cada nuevo paso del camino de la medicina.

A Oswaldo quien sembró dentro de mí la chispa del aprendizaje y de quien he aprendido el valor de vivir la vida siempre con valentía y fortaleza.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a los docentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por su tiempo y dedicación durante estos años de aprendizaje, por enseñarme a ser una médico no solamente responsable, sino también humana.

A la Dra. Karen Pesse por su valiosa guía e instrucción durante este proyecto y el tiempo que le dedicó al mismo.

Al Colegio Particular Antares, su directiva, sus estudiantes y al departamento de psicología, quienes me abrieron las puertas de la institución con mucho cariño y me brindaron todo el apoyo necesario para realizar esta investigación.

Finalmente a mi familia, mi esposo y mis hermanos del Movimiento de la Palabra de Dios, quienes me han acompañado durante todo este proceso y han estado presentes con su amor y desde sus oraciones.

INDICE GENERAL

<u>I.</u>	<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>1</u>
<u>II.</u>	<u>REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</u>	<u>5</u>
II.1	ADOLESCENCIA	5
II.1.1	DEFINICIÓN:	5
II.1.2	ETAPAS	5
II.1.3	TAREAS DEL ADOLESCENTE	9
II.2	PERSONALIDAD	10
II.2.1	TEORÍAS Y DEFINICIÓN	10
<u>II.2.1.3.1</u>	<u>RASGO DE PERSONALIDAD:</u>	<u>15</u>
<u>II.2.1.3.2</u>	<u>ESTILO DE PERSONALIDAD:</u>	<u>15</u>
<u>II.2.1.3.3</u>	<u>TRASTORNO DE PERSONALIDAD</u>	<u>15</u>
II.2.2	EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD	21
II.3	PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.	23
II.4	TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	24
II.4.1	HISTORIA	24
II.4.2	DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	26
II.4.3	EPIDEMIOLOGÍA	27
II.4.4	COMORBILIDAD	29
II.4.5	ETIOLOGÍA	30
II.4.6	FISIOLOGÍA DE LA ALIMENTACIÓN	33
II.4.7	FISIOPATOLOGÍA	40
II.4.8	CUADRO CLINICO Y DIAGNÓSTICO	42
II.4.9	INFLUENCIA DE LA IMAGEN CORPORAL EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.	57
II.4.10	TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y PERSONALIDAD.	59
II.4.11	RIESGO DE DESARROLLO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ADOLESCENCIA	61
<u>III.</u>	<u>METODOLOGIA</u>	<u>70</u>
III.1	PROBLEMA	70
III.2	OBJETIVOS	70
III.2.1	GENERAL	70

III.2.2	ESPECÍFICOS	70
III.3	HIPÓTESIS	71
III.4	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	71
III.5	UNIVERSO Y MUESTRA	71
III.5.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	72
III.5.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	72
III.6	TIPO DE ESTUDIO	73
III.6.1	INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:	74
III.7	ANÁLISIS DE DATOS	81
III.8	ASPECTOS BIOÉTICOS	81
IV.	RESULTADOS	83
IV.1	ANÁLISIS DESCRIPTIVO	83
IV.1.1	DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.	83
IV.1.2	DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO	86
IV.1.3	RELACIÓN ENTRE VARIABLES	89
V.	DISCUSION	95
VI.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	100
VI.1	CONCLUSIONES	100
VI.2	RECOMENDACIONES	102

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 Efectos de la testosterona, estrógenos y progestágenos en el desarrollo de caracteres sexuales secundarios.....	7
TABLA 2 Teorías de la personalidad de acuerdo al aspecto físico.....	13
TABLA 3 Instrumentos de evaluación general de la personalidad	23
TABLA 4 Neurotransmisores que regulan la ingesta y saciedad.	35
TABLA 5 Manifestaciones clínicas y psicopatológicas de la Anorexia Nerviosa	44
TABLA 6 Criterios diagnósticos para aAnorexia Nerviosa según el DSM IV TR.....	46
TABLA 7 Criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa según el CIE-10.....	46
TABLA 8 Indicadores del pronóstico en la Anorexia Nerviosa.....	48
TABLA 9 Manifestaciones clínicas y psicopatológicas de la Bulimia.....	51
TABLA 10 criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa según el DSM IV TR	54
TABLA 11 Criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa según el CIE 10.....	54
TABLA 12 Factores asociados al desarrollo de un trastorno de la imagen corporal en pacientes con TCA.	57
TABLA 13 Comorbilidad psiquiátrica de los trastornos de conducta alimentaria.	60
TABLA 14 Factores protectores y de riesgo en la adolescencia.	66
TABLA 15 Distribución de estudiantes según nivel de escolaridad	83
TABLA 16 Distribución de estudiantes que presentaron un estado nutricional normal, según su ubicación en percentiles de IMC según OMS.	86
TABLA 17 Rasgos de personalidad puros y combinados en estudiantes del Colegio Particular Antares.	87
TABLA 18 Riesgo de generar un TCA asociada con el grupo de edad en la adolescencia	92

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO 1 Control del equilibrio energético por los dos tipos de neuronas de los núcleos arqueados.	39
GRÁFICO 2 Ciclo atracón purga	53
GRÁFICO 3 Distribución de estudiantes según género.....	84
GRÁFICO 4 Distribución de estudiantes según etapas de adolescencia.....	85
GRÁFICO 5 Distribución de estudiantes según su estado nutricional medido por IMC.	85
GRÁFICO 6 Frecuencia de estudiantes con tendencia a desarrollar un TCA.	88
GRÁFICO 7 Frecuencia de estudiantes con alteración de la percepción corporal	89
GRÁFICO 8 Presencia de tendencia a desarrollar un TCA y género.....	90
GRÁFICO 9 Grupo de edad y tendencia a desarrollar un TCA	91
GRÁFICO 10 Tendencia a desarrollar tca y alteración de la percepción corporal	93
GRÁFICO 11 Asociación del estado nutricional con la tendencia a desarrollar un TCA	94

RESUMEN

De acuerdo al Texto Revisado de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR), los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un conjunto de psicopatologías en las que se presentan alteraciones conductuales relacionadas con la imagen corporal y los hábitos alimenticios. Dentro de estas patologías se incluyen la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y los Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados.

Tanto la edad, como la percepción corporal y la personalidad, se han visto asociadas a la presencia de una mayor susceptibilidad para desarrollar TCA. Se ha evidenciado que durante la adolescencia tardía, específicamente a los 14 y 18 años, los TCA se desarrollan con mayor frecuencia. La influencia mediática y los conceptos culturales sobre belleza influyen sobre la autoestima del adolescente y su concepto de éxito; estos a su vez se relacionan directamente con la preocupación y percepción de la imagen corporal del individuo, y si la búsqueda de la perfección corporal se vuelve obsesiva se puede desarrollar una tendencia a adquirir un TCA. Se sabe que ciertos rasgos de personalidad están implicados en la expresión sintomática y el mantenimiento de los desordenes alimenticios; al estudiar estas patologías se ha comprobado que desórdenes como la anorexia nerviosa o la bulimia se caracterizan por presentar perfeccionismo, rasgos obsesivo-compulsivos, emocionalidad negativa, ansiedad y depresión.

Cabe mencionar, que los datos sobre la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en Quito son escasos, pero muestran tasas bastante elevadas. Por esta razón se realizó un estudio transversal y descriptivo, cuyo objetivo principal fue evaluar la asociación entre características de la personalidad y la percepción corporal con tendencia a desarrollar TCA en adolescentes. Para desarrollar esta investigación se trabajó con 177 estudiantes de 12 a 19 años inscritos en el Colegio Particular Antares, quienes participaron voluntariamente en

el estudio durante los meses marzo-abril del 2013. La información necesaria fue recogida mediante la aplicación individual de tres cuestionarios: Cuestionario Exploratorio de Personalidad (CEPER) elaborado por Caballo (1997) que evalúa rasgos de personalidad; Validación española del Eating Attitudes Test abreviado (EAT- 26) desarrollado por Gandarillas (2003), que evalúa la tendencia a desarrollar TCA de acuerdo a los mecanismos empleados por el individuo para controlar su peso y el índice de masa corporal; y la Validación Colombiana del Body Shape Questionnaire (BSQ) Castrillón D et. al. (2007), que evalúa la percepción de la imagen corporal del individuo, determinando si existe alguna alteración en ella. Cada individuo recibió un código para mantener el carácter anónimo del estudio, garantizándose la confidencialidad de la información. Se firmaron además consentimientos informados.

Entre los resultados más relevantes cabe destacar que el 6,2% de los adolescentes evaluados presentaron tendencia a desarrollar un TCA; esta prevalencia resulta significativamente más baja que la encontrada en otro estudio en la misma ciudad de Quito (18%), es necesario considerar que la población estudiada fue femenina únicamente⁷. Al compararla con datos de países vecinos como Argentina, donde se han realizado estudios en poblaciones mixtas, se evidencia que los resultados son similares, ya que la prevalencia encontrada es del 4%³. Del total de estudiantes que presenta tendencia a desarrollar un ED en esta investigación, el 90,9% utiliza la dieta como mecanismo para controlar su peso. El promedio de edad de este grupo se encuentra en los 14 años, de los 11 adolescentes con tendencia a desarrollar un TCA, 4 (36,4%) pertenecen a la adolescencia temprana y 7(63,6%) a adolescencia tardía. Estos datos son similares al estudio realizado en Colombia por, Rodríguez J (2005), que determinó que la tendencia a desarrollar trastornos de conducta alimentaria fue estadísticamente significativa en adolescentes mayores de 15

años y en cursos superiores a 9no de básica. Adicionalmente este estudio evidenció que existe una mayor proporción de mujeres con riesgo para desarrollar uno de estos trastornos, del 6,2 % de la población con tendencia a generar un trastorno, el 72,7% son mujeres y el 27,3% restante varones con un OR 3,3; resultados que coinciden con los obtenidos por Reyna S. et.al. (2012) en México en el que las mujeres estudiadas presentaron 1,74 veces más riesgo de desarrollar un TCA que los varones.

En relación a la evaluación de personalidad se encontró que el rasgo más prevalente fue el obsesivo compulsivo con un 27,7% de la muestra estudiada y el rasgo paranoide el más prevalente (36,4%) en los estudiantes con tendencia a desarrollar un TCA. No fue posible demostrar una asociación estadísticamente significativa entre los rasgos de personalidad con la tendencia a desarrollar un TCA, pero los datos parecen indicar que el 36,4% de la población con tendencia a generar un trastorno alimentario presentó personalidad paranoide. Esto concuerda con lo descrito en la literatura, pues Jauregui I, 2008³¹ señala que estos rasgos de personalidad son los que se detallan como los más frecuentes en personas con trastornos de personalidad o en estados pre mórbidos de los mismos. En relación a la percepción corporal, se concluyó que este es un factor que influye en el desarrollo de un TCA, pues las personas que presentan alteraciones de la percepción corporal presentan 16,9 veces más tendencia a desarrollar trastornos de conducta alimentaria que los que no tienen esta alteración.

Se recomienda fomentar la prevención de los TCA mediante la educación sobre requerimientos nutricionales del adolescente, riesgo nutricional, factores protectores y de riesgo del adolescente e identificación de síntomas y consecuencias clínicas de los trastornos alimenticios. Además, se debe fomentar la autoestima del adolescente y ayudarlo a que identifique la influencia mediática en sus conceptos de belleza y perfección

corporal. La aplicación regular de tests de detección temprana, tales como el EAT 26 permitirá realizar un diagnóstico y manejo oportunos de estos trastornos.

ABSTRACT

According to the reviewed fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders (DSM IV TR), eating disorders (ED) belong to a set of psychopathologies which present behavioral alterations related to body image and eating habits. These pathologies include Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS).

Age, a distorted body perception and some personality traits have been related to increased susceptibility for developing ED. It has been demonstrated that ED shows up frequently in late adolescence, between the ages 14 and 18 years specifically. Media influence, as well as cultural concepts of beauty, can affect adolescent's self-esteem and their concept of success; both directly related to the perception and concern about his/hers body image. If the pursuit of achieving a perfect body becomes an obsessive idea, the person may be more susceptible to develop an ED. Personality features have been involved with the manifestation of symptoms and the preservation of ED; it has been proved that perfectionism, obsessive compulsive features, negative emotionality, anxiety and depression characterize Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa patients. There is insufficient data about the prevalence of ED in Quito, but the few studies carried out so far show an elevated incidence of these pathologies in the city. A descriptive and cross-sectional study was carried out in Quito; its main objective was to evaluate the association between personality features, body image perception and the tendency to develop an ED among adolescents enrolled in a secondary high school in Quito. A total of 177 students filled out three questionnaires: Exploratory Questionnaire on Personality (CEPER) Caballo

(1997), which is used to determine personality traits; Abbreviated version of Eating Attitudes Test (EAT- 26) Gandarillas (2003), used to determine the tendency to develop an ED based on personal mechanisms to control weight and body mass index evaluation, and Body Shape Questionnaire (BSQ) Castrillón D (2007), used to determine de presence of a distorted body image. Each student received a code number in order to protect their anonymity; confidentiality was guaranteed. Written informed consents were signed by each tutor in charge and each student filled the questionnaires voluntarily.

Main finding of the study were: 6, 2% of all evaluated adolescents presented a tendency to develop ED, 90, 9% mentioned diet as the preferred strategy for controlling their weight. Comparing this data to other national studies (Albuja 2003⁷ showed an 18% prevalence of ED symptoms in Quito) it reveals a significantly lower prevalence, but this may be caused by the fact that the sample of this previous study was composed by females only.

Comparison of results with other Latin American countries showed a similar prevalence: a study in Argentina for example, found that the prevalence of ED in adolescents was 4%, both in men and women³. It was established that the average age of adolescents who presented a positive EAT-26 was 14 years. Among the 11 students who presented a tendency to develop an ED, 4 (36, 4%) belong to early adolescence and 7(63, 6%) to late adolescence. These data is similar to the one found by Rodriguez J (2005) in Colombia, where the tendency to develop an ED had statistically significant results for adolescents over 15 years. Even though there was no statistically significant difference between sexes, there were a bigger proportion of women who presented a positive tendency to develop an ED: 72, 7% of the population who presented this tendency was female. Similar results were found by Reyna S. et.al. (2012) in México, where evaluated women presented 1, 74 times more risk to develop an ED than men.

The most frequent personality feature found among the students who participated in the investigation was the obsessive-compulsive trait (27, 7%). Among the students who presented a tendency to develop an ED, the paranoid personality feature was the most prevalent (36, 4%). It was not possible to demonstrate an statistically relevant relation of certain personality features with the tendency to develop an ED, but most of these are indeed named in the literature, and are considered the most common among ED cases, as personality disorders or in premorbid conditions (Jauregui I, 2008)³¹.

Research findings showed that people who had a distorted body image presented 16, 9 times the possibility to develop an ED; it revealed that an abnormal body image perception is indeed related to an increased susceptibility to develop ED, at least in adolescents.

Data demonstrates the great importance of preventing ED development among adolescents. They, as well as their teachers and parents, need to learn how to recognize and manage the presence of symptoms and clinical complications of ED. Protective and risk factors during adolescence, including nutritional risks, need to be addressed at educational workshops. A very important finding of this research was that a distorted body image strongly influences the development of ED; therefore the identification of low self- esteem, the provision of adequate concepts on corporality and a regular evaluation of adolescent's body image perception and eating habits, become essential in order to prevent these disorders.

CAPITULO I

I. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), han sido clasificados por el Texto Revisado de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR), e incluyen Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados. Son un conjunto de psicopatologías que se caracterizan por presentar alteraciones conductuales relacionadas con la imagen corporal y los hábitos alimenticios.¹

Un estudio realizado en Quito en el 2010 demostró que el 25% de las adolescentes entre 12 a 18 años estudiadas (pertenecientes a una muestra de 392 adolescentes mujeres de un colegio privado de la ciudad) presentaban riesgo medio a elevado de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria. Según la autora de esta tesis, el 15% de adolescentes entre 12 y 18 años presenta una tendencia a desarrollar desórdenes de alimentación, 15% de las adolescentes que están a dieta regularmente se encaminan a una dieta patológica y de ellas, un 20% llega a tener algún desorden de la alimentación ².

Lamentablemente en el Ecuador existen muy pocos registros de alcance nacional sobre la prevalencia de estas patologías; pero según la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA), en Argentina 1 de cada 25 adolescentes sufre alguno de estos desórdenes y 1 de cada 10 padece algún desorden de la alimentación, de estos el 90% son mujeres de 14 a 18 años.³

Se calcula que la prevalencia de anorexia nerviosa en la población general de países occidentales es de un 0,3%, mientras que la prevalencia de bulimia nerviosa alcanza el 1% en mujeres y el 0,1% en varones. Se ha estimado que la incidencia de anorexia nerviosa a nivel mundial es de 8 por cada 100.000 habitantes en población general, y hasta 270 casos por cada 100.000 en el grupo de edad de 15 a 19 años.

Se estima que la prevalencia de bulimia nerviosa sobrepasa por lo menos dos veces la de anorexia nerviosa y que la de síndromes parciales excede en el doble a los síndromes completos.⁶

De acuerdo a un estudio realizado en la ciudad de Quito en el año 2003, la prevalencia de síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria entre estudiantes de colegios de la zona urbana alcanza el 18%⁷; valor alarmante que justifica el desarrollo de actividades de detección temprana e investigación sistemática de este tipo de patologías en adolescentes.

Desde inicios del siglo XX se ha visto un alarmante incremento de diagnósticos de Trastornos de Conducta Alimentaria a nivel mundial, especialmente en occidente, países desarrollados donde el cuerpo delgado es analogía de belleza.

Los TCA son un problema de salud pública en el ámbito de lo mental y su importancia ha sido identificada por países desarrollados desde hace más de 30 años. Cuando las investigaciones de los TCA iniciaron, se consideraban como un problema exclusivo de mujeres jóvenes de clase alta, lo que probablemente se debió a la falta de acceso a servicios de atención psiquiátrica por parte de otros

grupos poblacionales. Hoy en día, varios estudios muestran que existen frecuencias similares en varios niveles sociales.⁵

Existen algunos factores asociados a una mayor susceptibilidad para la aparición de estos cuadros, como la edad: a los 14 y 18 años estos trastornos se presentan con mayor frecuencia⁵; posibles acontecimientos estresantes; familiaridad de primer grado con personas que hayan presentado estos trastornos; sobrepeso y obesidad y actividades de alta demanda física como la danza y la gimnasia, en las que la idealización del peso corporal y la imagen son parte fundamental del desarrollo de estas patologías.

Se sabe que los rasgos de personalidad han estado implicados en la expresión sintomática y el mantenimiento de los desordenes alimenticios. Al estudiar profundamente estas patologías se ha podido determinar que desórdenes como la anorexia nerviosa o la bulimia se caracterizan por presentar perfeccionismo, rasgos obsesivo - compulsivos, emocionalidad negativa, ansiedad y depresión ⁴.

De acuerdo al meta análisis que evaluó una década de estudio sobre la asociación entre la personalidad y los trastornos de conducta alimentaria presentado por Cassin y von Ranson en el 2005 en Canadá, el estudio de la personalidad en los TCA se fundamenta en la observación de patrones específicos tales como baja tolerancia a la frustración y deficiente control de impulsos en pacientes con trastornos bulímicos; así como inflexibilidad y necesidad de control estricto en las pacientes con TCA⁴.

Cabe mencionar, que los datos obtenidos sobre la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en Quito son escasos pero muestran datos bastante elevados; lo que hace pensar que, debido a la falta de investigación se puede estar ignorando un problema de salud pública emergente en la población adolescente del Ecuador.

La investigación oportuna del riesgo de presentar Trastornos de Conducta Alimentaria durante la adolescencia, y su tratamiento adecuado y pertinente, permitirán un manejo clínico de las mismas, disminuyendo su mortalidad y morbilidad. Si esto se complementa con la identificación adecuada de signos de alarma, como patrones de comportamiento específicos de ciertos tipos de personalidad; entonces la supervisión de los mismos puede facilitar la detección temprana de los TCA y por ende su prevención y manejo oportuno. Por todos estos antecedentes, el objetivo principal de este estudio se dirige a evaluar la asociación entre características de personalidad y de percepción corporal con la tendencia a desarrollar trastornos de conducta alimentaria en adolescentes. Se enfoca este grupo poblacional pues son ellos quienes, por encontrarse en un periodo de cambios corporales y psíquicos, presentan mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos alimenticios.

CAPITULO II

II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

II.1 ADOLESCENCIA

II.1.1 DEFINICIÓN:

Definir la adolescencia ha resultado un tema controversial a nivel mundial durante siglos, pues esta constituye un proceso personal e intransferible y se ve afectada por la existencia de diversas regiones, culturas y conceptos de la vida humana ⁸. Lo que se puede decir es que esta corresponde a una etapa normal de desarrollo biopsicosocial del ser humano, y abarca un proceso de maduración en aspectos físicos, emocionales y sociales.

Todos estos procesos se dan de manera asincrónica y pueden parecer contradictorios, tanto para el individuo que los experimenta, como para el medio que lo rodea; especialmente en el desarrollo psicológico y biológico.

II.1.2 ETAPAS

La adolescencia se presenta en un periodo de tiempo de aproximadamente 10 a 12 años y consta, según la OMS, de dos etapas principales en las que se presentan varios cambios fundamentales; estas son la adolescencia temprana y la adolescencia tardía.

II.1.2.1 Adolescencia Temprana:

Esta etapa inicia a los 10 años y culmina a los 14 años 11 meses; en este periodo se generan varios cambios, tanto biológicos como psicosociales.

Los cambios biológicos abarcan gran variedad de modificaciones físicas, que van creando una nueva silueta corporal; es decir se da inicio al desarrollo puberal, con todos los

caracteres sexuales secundarios. Estos son bastante evidentes y pueden generar ansiedad o entusiasmo en los adolescentes cuando los experimentan⁸.

Según el informe del “Estado Mundial de la Infancia” (UNICEF 2011), en los años de adolescencia temprana el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico en el cual las células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el transcurso de un año, y las redes neuronales se reorganizan, especialmente en el lóbulo frontal donde se lleva a cabo el razonamiento y la toma de decisiones. Todas estas modificaciones estimulan el desarrollo de la capacidad intelectual y física del adolescente y le permiten adquirir mayor conciencia de su género.³⁴

Mientras que la adolescencia abarca un periodo de transición psicológica y social entre la niñez y la edad adulta; la pubertad se caracteriza por el crecimiento rápido y desarrollo de caracteres sexuales secundarios. Estos cambios biológicos se producen por el desarrollo del eje hipotalámico- hipofisario- gonadal que controla las funciones sexuales tanto en varones como en mujeres.³⁵

En el sexo femenino, el hipotálamo incrementa la secreción de la Hormona Liberadora de Gonadotropinas (GnRH gonadotropin-releasing hormone), y ésta estimula la secreción de otras dos hormonas 1) hormona luteinizante (LH) y 2) hormona folículo estimulante (FSH) en el lóbulo anterior de la hipófisis o adenohipófisis.³⁵

En el sexo masculino, estas hormonas actúan sobre los testículos, estimulando la producción de la testosterona, con la cual aparecen los caracteres sexuales secundarios.³⁵

En las mujeres, las hormonas generadas por la hipófisis actúan sobre los ovarios, que liberan estrógenos y gestágenos. Los estrógenos (estradiol) promueven la proliferación y

crecimiento de las células responsables del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, mientras que los gestágenos (progesterona) preparan al útero para la gestación y a las mamas para la lactancia.³⁵

Los efectos del estrógeno y la testosterona sobre el desarrollo de caracteres sexuales secundarios en mujeres y varones respectivamente se encuentran resumidos en la tabla #1.

VARONES	MUJERES
Testosterona	Estrógenos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de vello corporal (pubis, sobre la línea alba, rostro, tórax, axilas y espalda) 2. Hipertrofia de mucosa laríngea y aumento del tamaño laríngeo. Cambios en los tonos de voz que resultan finalmente en la voz de hombre adulto. 3. Aumento del grosor de la piel y dureza de los tejidos subcutáneos. Aumento de la secreción de glándulas sebáceas, su mayor actividad provoca acné. 4. Incremento de la masa muscular. 5. Aumento de los depósitos de calcio y de la matriz ósea, modificación de la forma de la pelvis estrechándola y alargándola. 6. Incremento del metabolismo basal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento del tamaño de útero, ovarios, vagina y trompas de Falopio. 2. Crecimiento del monte de Venus y labios mayores por depósito de grasa a incremento del tamaño de labios menores. 3. Transformación del epitelio vaginal cúbico en estratificado haciéndolo más resistente a traumatismos e infecciones. 4. Proliferación del estroma endometrial y aumento de la secreción de sus glándulas. 5. Aumento del número de células ciliadas en trompas de Falopio, incremento de la movilidad de los cilios ayudando a propulsar el óvulo hacia el útero. 6. Aumento del crecimiento mamario y desarrollo del aparato productor de leche. 7. Estimulación del crecimiento óseo. 8. Aumento del depósito de grasa en tejidos subcutáneos y mamas. 9. Incremento de la vascularización de la piel.
	Progestágenos
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promueve la capacidad secretora del endometrio en la segunda mitad del ciclo ovular, es decir prepara al útero para la implantación del óvulo. 2. Desarrollo de los lobulillos y alveolos mamarios, haciendo que las células adquieran carácter secretor.

Tabla 1 Efectos de la testosterona, estrógenos y progestágenos en el desarrollo de caracteres sexuales secundarios.

Fuente: Guyton A, Hall J. Tratado de Fisiología Médica. Décimo Primera Edición. Madrid- España. Elsevier. 2006.³⁵

Elaborado por: Daniela Regalado.

Dentro de los cambios biológicos que se generan en este proceso están madurez sexual, aumento de talla y peso, e incremento de la masa ósea. En las mujeres se presenta el

desarrollo de los botones mamarios y del vello púbico delgado; aproximadamente 2 a 4 años posterior a esto se presenta la menarquia (alrededor de los 12 años en promedio, pero puede presentarse a partir de los 9). La velocidad de crecimiento lineal alcanza su pico máximo 6 meses antes de la menarquia, por lo que en este periodo se puede alcanzar un incremento entre el 15 al 25% del total alcanzado a edad adulta.³⁵

En los varones se presenta crecimiento de vello púbico, facial y aumento del tamaño testicular, además de coloración escrotal. La producción de espermatozoides inicia alrededor de los 14 años.³⁵

Las tablas de desarrollo puberal del adolescente se encuentran disponibles en el Anexo V.

En relación a la evolución psicosocial del adolescente, a esta edad se da inicio a la separación emocional de los padres, generándose una búsqueda de mayor independencia que puede ser vista por ellos como rebeldía. El adolescente adquiere la necesidad de generar ideas propias y suele presentarlas de forma desafiante ante la autoridad.⁹

Los cambios físicos producen sentimientos de inseguridad, curiosidad, soledad y hasta cierta melancolía, que también son conocidos como un proceso de duelo por la pérdida de identidad infantil.⁹

En la búsqueda de una nueva identidad, el adolescente genera pilares de apoyo en sus amigos con quienes puede llegar a generar círculos de interacción emocional muy fuertes; también empieza a preocuparse por sí mismo y desarrolla la voluntad de razonar acerca de los problemas personales, familiares y escolares.⁹

II.1.2.2 Adolescencia Tardía:

En esta etapa la mayoría ha alcanzado la modificación completa de su silueta corporal y la preocupación actual se centra en el esfuerzo por convertirse en una persona atractiva, pues adquiere conciencia que su apariencia personal puede determinar su aceptación en otras personas. En esta etapa se suele generar una búsqueda, que puede llegar a ser obsesiva, por poseer un cuerpo excepcional que les permita llenar sus expectativas de aceptación y reconocimiento.

Todo esto lleva al adolescente a desinteresarse de la integración en la vida familiar, y a ganar interés por desarrollar una relación social y afectiva; aunque generalmente la relación con los padres alcanza nuevamente la armonía.

En esta etapa, el adolescente alcanza mayor autonomía e independencia personal; y en el área cognitiva el pensamiento abstracto evoluciona mucho, por lo que el adolescente adquiere la capacidad de asumir más responsabilidades y compromisos, tomando así decisiones más acertadas y razonadas.⁸

II.1.3 TAREAS DEL ADOLESCENTE

Las tareas de los adolescentes corresponden a ciertas actividades que van acorde a su evolución y que deben ser alcanzadas para que este pueda alcanzar la edad adulta de manera sana y adecuada.

Según Dulanto (2000), “Los procesos psicosociales, correspondientes a cada etapa de la adolescencia, desde el principio hasta el fin, se dan en función del cumplimiento o incumplimiento de tareas básicas, las cuales proporcionan apoyo, confianza y seguridad en sí mismo al adolescente que las ejecuta de manera correcta”.⁸

De acuerdo a las Normas de Atención en Salud de Guatemala (2010), estas tareas son las siguientes:

1. Aceptación de la propia figura, del esquema corporal y del papel correspondiente según su género.
2. Nuevas relaciones con adolescentes contemporáneos de ambos sexos.
3. Adquisición de independencia emocional respecto de los padres y otros adultos.
4. Desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales necesarios para la competencia cívica.
5. Deseo y logro de una conducta socialmente responsable.
6. Discernimiento sobre la vocación familiar.
7. Elaboración de valores conscientes y acordes con una imagen científica y adecuada del mundo.⁹

II.2 PERSONALIDAD

II.2.1 TEORÍAS Y DEFINICIÓN

La personalidad ha sido evaluada a través de los siglos por grandes pensadores que han desarrollado diferentes constructos analizando varios componentes de la misma, que permiten diferenciar unos individuos de otros. Varios de estos constructos consideran diversas características de la personalidad para poder llegar a establecer un concepto de la misma. Uno de los más aceptados, elaborado por Phares (1988), consiste en que la personalidad “es un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas características que distinguen a las personas entre sí y que persisten a lo largo del tiempo y a través de las situaciones”.¹⁰

Allport (1937), quien consideraba que la personalidad es una causa de la conducta, la definió como “La organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente”¹¹; donde la organización dinámica constituye un todo organizado y auto regulado. Los sistemas psicofísicos están constituidos por el temperamento y el carácter, que influyen en la interacción de la persona con el medio que le rodea y a su vez, con el desarrollo de la personalidad. Todo esto es determinado por los rasgos de personalidad que son individualizados o únicos.

Raymond Cattell (1950) determinó que la personalidad “es lo que permite una predicción de lo que hará una persona en una situación dada”¹².

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM IV), la personalidad constituye un grupo de procesos bien definidos por los que los individuos experimentan, interactúan e interpretan todo lo que ocurre a su alrededor.¹

Caballo (2008), la define como “un conjunto de patrones de pensamientos, emociones y acciones que caracterizan a una persona desde épocas tempranas de la vida y que son estables, permanentes en el tiempo y a través de diferentes situaciones. Está constituida por una mezcla de factores temperamentales y caracterológicos que dan cuenta de la influencia de los aspectos biológicos y heredados, que en principio determinan la forma de reacción al medio, así como de la formación de unas características psicosociales distintivas que sólo son posibles a partir de la socialización y el aprendizaje”¹³.

No existe una teoría de la personalidad globalmente aceptada, lo que ha llevado al cambio constante de paradigmas y modificaciones en los campos de investigación de los orígenes, estructura y dinámica de la personalidad. Todas estas teorías han intentado abarcar la

personalidad desde varios enfoques, haciendo énfasis en sus principales características o elementos, tales como la herencia, el ambiente y los rasgos de comportamiento.

A pesar de todo este proceso cambiante de las teorías de la personalidad, todas ellas han aportado una guía para su estudio y comprensión, por lo que es importante describir a breves rasgos sus tres paradigmas claves: teoría de los tipos, psicoanalítica y teoría de los rasgos.

II.2.1.1 Teoría de los tipos

Dentro de este paradigma existen dos teorías fundamentales que afirman que la personalidad es influenciada por la corporalidad del individuo. Estas dos teorías son la teoría de los tipos de temperamento y la teoría de los tipos corporales.

II.2.1.1.1 Teoría de los Tipos de Temperamento:

Galeno fue un médico que vivió en Roma y estaba de acuerdo con la teoría de Hipócrates de la existencia de 4 humores corporales (bilis negra, sangre, bilis amarilla y flema). Con base en este concepto, aseguraba que existían 4 tipos de temperamentos: tipo sanguíneo, con exceso de sangre, que era vigoroso, atlético y optimista; tipo colérico, con un exceso de bilis amarilla, que lo hacía fácilmente irritable; tipo melancólico, con un exceso de bilis negra que conllevaba una personalidad pesimista, depresiva o triste; y el tipo flemático, de personalidad apática, siempre sintiéndose agotado o perezoso¹⁵.

II.2.1.1.2 Tipos corporales:

Estas teorías definen distintos tipos de personalidad o de temperamento de acuerdo al aspecto físico; los dos autores principales son Keschtmmer y Sheldon.¹⁵

AUTOR	SOMATOTIPO	TEMPERAMENTO
Keschtmer 1925	Pícnico: Constitución corporal baja, cuello corto y ancho, cabeza y abdomen voluminoso, tejido adiposo abundante en el vientre.	Cicloide o ciclotímico: individuo sociable, amable, explosivo.
	Asténico o leptosomático: Constitución corporal alta y delgada, tronco y miembros esbeltos y delgados, rostro alargado y estrecho.	Asociado a personalidad esquizoide: hiper sensitivo, tímido, temeroso, nervioso y reservado
	Atlético: Constitución musculada, talla mediana a grande; hombros anchos, tórax voluminoso.	Ixotímico o viscoso: individuo sosegado, de mente lenta; comedido, formal, pobre en reacciones, pero explosivo, tendencia a la actividad física.
AUTOR	SOMATOTIPO	TEMPERAMENTO
Sheldon, Stevens y Tucker 1940	Mesomorfia (musculosidad)	atlético y agresivo (somatotonía)
	Ectomorfia (delgadez)	introvertido y estudioso (cerebrotonía)
	Endomorfia (obesidad)	sociable alegre (viscerotonía)

Tabla 2 Teorías de la Personalidad de acuerdo al Aspecto Físico.

Fuente: Aiken L. Evaluación de la personalidad: Orígenes Aplicaciones y Problemas, En: Test psicológicos y evaluación, Decimo primera Edición, México, Editorial Pearson Educación, 2003³⁶

Elaborado por: Daniela Regalado

II.2.1.2 Teoría Psicoanalítica

Los autores que proponen esta teoría creen que las respuestas a sus cuestionamientos están presentes en el inconsciente. Surgen tres versiones de esta corriente, la primera liderada por Sigmund Freud, seguido de Ana Freud y Erik Erickson, con la conocida psicología del yo; la segunda versión que tiene una perspectiva más trans personal por estar influenciada por la parte espiritual del ser humano, que es representada por Carl

Jung; y la tercera, que tiene un punto de vista psicosocial representada por Alfred Adler, Karen Honey y Erich Fromm.

El análisis de la personalidad de esta teoría se basa en el paradigma de su división en tres componentes elementales que luchan entre ellos en un mundo lleno de objetos y necesidades físicas o pulsiones, el Ello, Yo y Súper yo.

El *Ello* constituye el sistema nervioso sensible a las necesidades corporales y las transmite a través del "proceso primario" en pulsiones o deseos, es decir atiende de manera inmediata las necesidades; todo ser humano nace con este elemento. Posteriormente, alrededor del año de edad, se desarrolla el *Yo* que se apoya en la realidad a través de la conciencia y busca objetos para satisfacer las necesidades que ha creado el *Ello*, a esto Freud lo llamó proceso secundario. El *Súper yo* en contraste, consiste en el registro de las cosas que se deben evitar tras haber recibido un castigo (resumido en la conciencia) y las estrategias para conseguir las necesidades del Ello (resumido en el "Ideal del Yo").¹⁴

Otro aporte de gran importancia de esta escuela para las teorías de la personalidad, consiste en las etapas psicosexuales del desarrollo desde la infancia. Dichas etapas consisten en que el comportamiento de la persona se centra en la zona corporal que genera placer en las diferentes etapas de la vida. La fase oral (desde el nacimiento hasta los 18 meses), anal (19 meses a 3 años) y fálica (3 a los 6 años). Durante la etapa fálica, Freud observa que se pueden desarrollar dos tipos de complejo; el de Edipo: en el que el hijo desarrolla sentimientos sexuales hacia la madre y disgusto por el padre y el de Electra: en el que la hija desarrolla disgusto por la madre y amor por el padre. Una vez finalizada la etapa fálica sigue un periodo de latencia que finalmente llega a la etapa genital, esta culmina con el apareamiento heterosexual.

Los psicoanalistas consideran que la presencia de algún evento traumático en estas primeras etapas puede generar la fijación de la personalidad adulta en ellas o la regresión de la conducta hacia las mismas.¹⁵

II.2.1.3 Teoría de los rasgos

En el siglo XX se definen nuevas teorías de la personalidad, y se van determinando nuevos aspectos como los rasgos psicológicos. Dentro de esta tendencia encontramos grandes pensadores como Allport, Cattell, Costa y McCrae, Eysenck, Gray y Cloninger.

Por medio de la observación del individuo y su relación con sí mismo y el medio que lo rodea, esta teoría desarrolla tres conceptos fundamentales:

II.2.1.3.1 Rasgo de personalidad:

Patrón persistente de percibir, relacionarse con el entorno, y pensar sobre él y sobre uno mismo, que se manifiesta en una amplia gama de contextos sociales y personales.¹⁶

II.2.1.3.2 Estilo de personalidad:

Varios rasgos de personalidad que aparecen en forma conjunta.¹⁶

II.2.1.3.3 Trastorno de personalidad

Caracterizado por la presencia de rasgos inflexibles y desadaptativos, que causan malestar subjetivo o deterioro funcional significativo en el individuo.¹⁶

Por ser esta teoría la que se ha utilizado para desarrollar este proyecto de investigación, se profundizará un poco más en los aportes de cada autor para la definición de la personalidad.

Allport (1937) definió al rasgo como “un sistema neuropsíquico generalizado y focalizado (peculiar al individuo), con capacidad para hacer muchos estímulos funcionalmente

equivalentes y para iniciar y guiar formas consistentes de conducta adaptativa y expresiva”.¹¹

Este autor distingue los rasgos individuales (poseídos por una sola persona), de los comunes (poseídos por muchas personas en diferente grado), y habla sobre su “penetrancia” de acuerdo a que tanto definen la personalidad. Los categoriza como cardinales (son tan penetrantes que casi dominan la personalidad), centrales (resumen las características de la personalidad y actúan sobre muchas conductas), o secundarios (afectan en menor cantidad las conductas, son menos llamativos, generalizados y consistentes).

Según R. Cattell (1950), quien desarrolló varias técnicas estadísticas y matemáticas de valoración de la personalidad, los rasgos se definen por lo que hará una persona cuando se enfrente con una situación determinada. Cattell describió tres tipos de rasgos: rasgos de habilidad que definen a su vez dos tipos de inteligencia; fluida (habilidad innata para aprender) y cristalizada (incluye los efectos de la educación) y determinan la eficacia con la que una persona trabaja por una meta deseada; rasgos de temperamento que son rasgos heredados y determinan el estilo general con el que una persona se expresa; y rasgos dinámicos que son la motivación para la acción.¹²

También clasificó a los rasgos de acuerdo a su expresividad en: rasgos de superficie y rasgos de origen. Si estos se hacen aparentes con relativa facilidad entonces son denominados como rasgos de superficie, al tener menor expresión y permanecer ocultos entonces se denominan rasgos de origen.

Distingue además los rasgos modelados por el ambiente y los rasgos heredados, que el autor llamó constitucionales. A raíz de ellos desarrolló una técnica estadística para valorarlos.¹²

Costa y Mc Crae (1985, 1992) asumieron los conceptos establecidos por Cattell sobre el análisis factorial, que fue la base de toda su investigación, y se plantearon el objetivo de describir la personalidad. Para esto crearon un modelo donde se analizan 5 rasgos básicos de esta: 1 extroversión, 2 afabilidad, 3 neuroticismo, 4 rectitud y apertura, 5 responsabilidad.

- a) **Neuroticismo:** tendencia al malestar psicológico y comportamientos impulsivos.
- b) **Extroversión:** tendencia a la sociabilización y sentir alegría y optimismo
- c) **Apertura a la Experiencia:** expresividad emocional, receptividad a experiencias nuevas.
- d) **Afabilidad:** determinada por el grado de hostilidad o compasión que se demuestra a las demás personas.
- e) **Responsabilidad:** grado de compromiso con los objetivos personales.¹²

Millon y Davis (2001), determinaron que el rasgo de personalidad “es un patrón duradero de comportamiento que se expresa a lo largo del tiempo y en distintas situaciones”; cuando varios de estos rasgos de personalidad aparecen en forma conjunta entonces constituyen un “estilo de la personalidad”.

La distinción entre estilos y trastornos de la personalidad radica en su nivel (grado) patológico. Los estilos y los trastornos de la personalidad harían parte de un continuo; de

manera que los primeros se mantendrían en el intervalo de la normalidad y los trastornos en el intervalo de la patología.¹²

Según Caballo (2008) los estilos de personalidad marcan una tendencia en el comportamiento de un individuo y no deben ser considerados como un cuadro patológico si no están acentuadas o impiden que la persona modifique sus respuestas de acuerdo a la situación que experimenta o que se desenvuelva con normalidad en cualquier ámbito de su vida. Por lo tanto, según este autor, el trastorno de personalidad constituye la presencia de tendencias o características extremas de personalidad, inflexibles y persistentes en el tiempo, que lo desvían de su grupo sociocultural en relación al pensar, sentir y actuar. Esto genera una respuesta desadaptada ante varias situaciones de la vida cotidiana, que son percibidas tanto por el paciente como por las personas que le rodean.

Este autor señala que de manera aislada “los rasgos serían simples consistencias de comportamiento en diversas áreas o perspectivas de la personalidad, que muestran una disposición general del individuo y que no son de carácter transitorio (como los estados). Si los rasgos son agrupados, conforman un patrón completo (un “cuadro”) y una tendencia en el funcionamiento por parte de una persona”.¹⁰

II.2.1.3.4 Componentes de la personalidad:

La personalidad está compuesta por factores temperamentales y caracterológicos que son determinados respectivamente por factores biológicos y ambientales.

II.2.1.3.4.1 *Temperamento*

De acuerdo a Cloninger (1993) esto constituye la dimensión biológica de la personalidad. Se subdivide en 4 dimensiones:

1. **Activación conductual:** Que se refiere una tendencia genética de búsqueda de actividades exploratorias que eviten la monotonía, el aburrimiento y que generen estimulación placentera.
2. **Inhibición Conductual:** O evitación del daño, donde se evaden comportamientos que puedan llevar al castigo o la frustración.
3. **Mantenimiento Conductual:** O dependencia de la recompensa, mantiene comportamientos que responden a situaciones reforzantes, que continúan produciendo placer o evitan el castigo.
4. **Persistencia:** La tendencia a continuar con una conducta por sobre cualquier obstáculo que se presente.¹⁰

II.2.1.3.4.2 Carácter:

El carácter es determinado por factores ambientales y psicosociales que son aprendidos a través de la experiencia de socialización e influyen sobre la personalidad.

Así como el temperamento está compuesto por 4 grandes componentes, el carácter se ve compuesto por esquemas, que representan, según Cottraux y Blackburn (2001), “elementos organizados a partir de experiencias y reacciones pasadas, que conforman un cuerpo relativamente compacto y persistente de conocimiento capaz de dirigir las valoraciones y percepciones posteriores”.¹⁰

A demás, se describen tres niveles de asimilación interna de la información obtenida de los estímulos del medio que rodea al individuo, que son relevantes para este estudio:

1. **Esquemas:** almacenan postulados y suposiciones básicas que se usan para interpretar información.

2. **Procesos cognitivos o distorsiones cognitivas:** donde prevalece la asimilación de la experiencia al contenido de un esquema, en vez de la acomodación del esquema a la experiencia vivida.
3. **Pensamientos automáticos:** son la traducción de los esquemas en diálogos internos que no son conscientes, a menos que el individuo fije su atención en ellos.

Es por todo esto que al hablar del por qué se desarrollan los trastornos de la personalidad no se pueden excluir factores ambientales ni genéticos: “Se ha señalado que las experiencias familiares son únicas en cada individuo y que dos individuos que comparten el mismo ambiente familiar no tienen las mismas experiencias. /.../ Si consideramos las predisposiciones biológicas iniciales de cada sujeto, interaccionando con experiencias propias y únicas dentro del ambiente familiar, se puede llegar al desarrollo durante la infancia de los pilares básicos de lo que posteriormente pueden llegar a ser estructuras de personalidad disfuncionales y desadaptativas.”¹⁰

El Modelo Cognitivo de la personalidad supone que los rasgos de personalidad son estrategias diseñadas para la supervivencia a largo plazo en el ambiente en el que el ser humano se desarrolla. Este modelo identifica a cada ser humano con características únicas de personalidad que determinan la respuesta conductual al presentarse ante alguna situación específica.¹⁰

Por lo tanto, cada comportamiento estaría gobernado por un sistema de control interno que determina la manera en que las personas se comunican con ellos mismos; es decir, la forma en que se autoevalúan, auto instruyen etc. Este proceso se relaciona directamente con los esquemas que el individuo ha generado sobre sí mismo; si las autoevaluaciones son exageradas o deficientes, el individuo no presentará conductas adaptativas al ambiente que

lo rodea y es entonces que podrá pasar de un estilo de personalidad a un trastorno de personalidad.

En el Anexo IV se adjunta una tabla comparativa con la caracterización de los estilos de personalidad según Oldham y Morris (1995)¹⁰ que son los que fueron utilizados en este trabajo investigativo y los criterios diagnósticos para trastornos de personalidad según el DSM IV TR.¹⁶

II.2.2 EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

La evaluación de la personalidad puede realizarse en función de sus rasgos o sus tipos.

Debido a que en este estudio se aplicó la evaluación de rasgos del individuo; se profundizará en este sistema de evaluación.

La evaluación de los rasgos de personalidad describe dimensionalmente el perfil de personalidad del sujeto; autores como Eysenk (1975), Cattell (1957) y Costa y McCrae (1985) recurrieron a este sistema de evaluación y desarrollaron cuestionarios con este fin.

Se recurre a clasificar las personalidades normales de una forma dimensional, a diferencia de las personalidades patológicas, a las cuales se las clasifica de manera categorial; es decir mediante el sistema de los tipos.

De acuerdo al sistema de evaluación dimensional, los trastornos de personalidad consisten en la acentuación patológica de los rasgos comunes en la población normal. El problema que enfrenta este método de evaluación consiste en determinar en qué punto se puede considerar un rasgo como patológico. Es por esta razón que la Asociación Americana de Psiquiatría ha elaborado criterios diagnósticos para detectar la presencia de personalidades patológicas. Además, en la búsqueda de evitar sesgos en la detección de estas patologías,

se desarrolló una gran variedad de cuestionarios y entrevistas para evaluar la personalidad y sus formas patológicas.

En la siguiente tabla se enlistan algunos instrumentos de evaluación general de la personalidad:

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	AUTOR(ES)	Nº DE ÍTEMS
INVENTARIOS/CUESTIONARIOS Y ESCALAS		
Personality Diagnostic Questionnaire- IV (PDQ- IV)	Hyer (1994)	85
Minnesota Multiphase Personality Inventory – Personality Disorders Scale (MMPI-DP)	Morey et al.(1985)	157
Wisconsin Personality Inventory (WISPI)	Klein et al. (1993)	214
Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)	Cloninger (1987)	100
Schedule for non adaptive and adaptive personality (SNAP)	Clark (1993)	375
Dimensional Assessment of Personality Pathology- Basic Questionnaire. (DAPP- BQ)	Libesley, Jackson.	290
Personality Assessment Inventory (PAI)	Morey (1992)	344
Coolidge Axis II Inventory (CATI)	Coolidge, Merwin (1992)	200
Million Clinical Multi axial Inventory- III (MCMI.III)	Millon et al. (1994)	175
Inventory for Interpersonal problems – Personality Disorder Scales (IIP-PD)	Pilkonis et al. (1996)	47
Cuestionario Exploratorio de la Personalidad- I (CEPER-I)	Caballo (1997)	150
ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS		
Personality assessment Schedule(PAS)	Tyrer et al. (1988)	24
Diagnostic Interview for DSM- IV Personality Disorders (DIPD- IV)	Zanarini et al (1996)	108
Structured Interview for DSM	Phohl et al. (1997)	101

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	AUTOR(ES)	Nº DE ITEMS
Personality- IV (SIPD-IV)		
Personality Disorder Interview- IV (PDI-IV)	Widiger et al (1995)	93
Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)	First et al. (1997)	119
Standardized Assessment of Personality.	Pilgrim, Mann (1990)	N/A
International Personality Disorder Examination (IPDE)	Loranger et al. (1995-1996)	99

Tabla 3 Instrumentos de Evaluación General de la Personalidad

Fuente: Caballo V. Conceptos Actuales sobre los trastornos de la personalidad. En: Manual de Trastornos de la Personalidad Descripción, Evaluación y tratamiento. 1ª ed. Madrid. España: Editorial Síntesis; 2004. p 25-47.¹⁰

II.3 PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

Se entiende por imagen corporal a una representación mental amplia de la propia figura corporal, su forma y tamaño. Según Behar (2010), esta se ve influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo.²⁴

Thompson (1990) determina que el concepto de imagen corporal del individuo está compuesto por un registro de 3 elementos: perceptual, subjetivo y conductual.

Perceptual: precisión de la percepción del tamaño corporal total o de sus segmentos. Si este elemento se ve alterado, entonces se produce una subestimación o sobreestimación de las dimensiones reales del cuerpo.

Subjetivo: comprende la parte cognitivo- afectiva del individuo; es decir las emociones, valoraciones o sentimientos que se generan en el sujeto tras la percepción de su cuerpo con respecto a tamaño y peso, forma etc.

Conductual: comprende la conducta de exhibir o evitar exponer el cuerpo a los demás ante una percepción distorsionada del mismo.²⁴

Un trastorno dismórfico corporal comprende, según el DSM IV TR (APA 2000), a la preocupación por un defecto imaginado de la apariencia corporal.

Si existe una leve anomalía física, la preocupación de la persona es excesiva y causa una molestia clínicamente significativa, llegando al deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo.¹⁶

La alteración de la percepción corporal no es exclusiva de los TCA; se piensa que la presión que ejerce la cultura y el medio que rodea al individuo sobre el concepto de belleza genera insatisfacción en la mayoría de las mujeres, pues se persiguen ideales de mujeres delgadas muy difíciles de alcanzar, o que se pueden obtener casi exclusivamente por medios quirúrgicos. (Perpiñá 1989)²⁴

De igual forma, algunos autores, como Noda en 2011, han descrito la presencia de insatisfacción corporal en individuos que son comedores compulsivos y presentan obesidad.²⁴

II.4 TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

II.4.1 HISTORIA

Al estudiar los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) se debe considerar que estos no son patologías únicamente de la modernidad. Las primeras descripciones de anorexia las realiza Porta (1496-1554), seguido de Richard Morton en 1694, quien define el primer caso de anorexia nerviosa con el nombre de “consunción nerviosa”. Este autor establece que el origen del trastorno es una perturbación del sistema nervioso, acompañado de tristeza y preocupaciones, diferenciándola de otros tipos de malnutrición. William Gull describe este trastorno en 1870 como una enfermedad en sí misma y le da su nombre “anorexia” que significa “pérdida nerviosa del apetito”; es él además quien describe el primer caso de

bulimia en 1874. En 1870, Lasegue, médico psiquiatra, nombra a la anorexia como “anorexia histérica”; en 1888 Huchard cambia el término “histérica” por “nerviosa” y así toma su nombre definitivo.¹⁷ Janet (1910), define dos formas de anorexia; una obsesiva y otra histérica.

Un claro ejemplo de anorexia lo constituye la emperatriz Isabel de Austria, Sissi, quien en el periodo conocido como Romanticismo, practicaba 5 a 6 horas de ejercicio antes de sus tres horas de equitación, y quien se negaba a alimentarse por periodos largos de tiempo.

En relación a la bulimia se han encontrado descripciones antiguas de su origen en la historia de Roma, donde existían “vomitorios” que servían para que la gente, después de comer y beber en exceso, pueda vomitar para regresar a comer nuevamente.

El término bulimia en sí tiene claros orígenes griegos: bous (buey) y limos (hambre): significaba “hambre de buey”, lo que hacía relación al hambre muy intensa¹⁸.

En el Medioevo y renacimiento existen varios ejemplos muy conocidos de estos trastornos. Colomba di Rietti, Benvenuta Bojani, Santa Clara de Asís y Santa Catalina de Siena. Esta última fue descrita por su compañera de celda en su diario: “A veces tomaba un poco de ensalada y un poco de otras verduras crudas, las masticaba y luego se alejaba para escupirla, /.../ En estos casos se apartaba y se hacía cosquillas en la garganta con un tallo de hinojo o una pluma de oca hasta conseguir librarse de todo lo que acababa de tragar”. En ésta época el único modo de dejar de lado las responsabilidades femeninas de la procreación y la aceptación de la figura femenina, era entrar a ser sierva de la iglesia.¹⁷

Las primeras descripciones de la bulimia como síndrome médico las realiza Otto Dor en 1972. Este psiquiatra chileno presenta su trabajo titulado “Sobre una forma particular de perversión en la mujer: Hiperfagia y vómito secundario”.²⁷

Con el pasar del tiempo este trastorno fue adquiriendo otros nombres como “bulimarexia”, “síndrome del caos dietético”, “bulimia” exclusivamente o “bulimia nerviosa”, que es el término que se utiliza actualmente porque caracteriza un síndrome psiquiátrico.²⁷

II.4.2 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Según el DSM IV (APA 1994), los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de psicopatologías que se caracterizan por presentar alteraciones conductuales relacionadas con la imagen corporal y los hábitos alimenticios.

Para la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria española (2004), los TCA “constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo”.²²

El DSM IV TR incluye dentro de estos trastornos a la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados que codifican a los trastornos que no cumplen con todos los criterios para anorexia o bulimia. Cada uno de estos trastornos presenta subtipos de acuerdo a la forma en que se presenta el síndrome en el ámbito de comportamiento alimentario; lo que será detallado más adelante.

II.4.3 EPIDEMIOLOGÍA

Existen datos variados con respecto a la epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria, pues estos dependen de las características de la muestra analizada y de los métodos de evaluación.

A nivel internacional se ha encontrado que los síntomas característicos de estas patologías han ido aumentando en mujeres expuestas a la cultura occidental como en Japón y Hong Kong. Un estudio escandinavo desarrollado por Kjelsas y Cols. en el 2004, mostró una prevalencia de anorexia nerviosa en niñas del 0,7% y del 0,2% en niños; y de 1,2% en niñas y 0,4% en niños para bulimia.

Lamentablemente, existen muy pocos registros sobre la prevalencia de estas patologías a nivel nacional. En la bibliografía revisada de países vecinos se encontró que, según la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA), en Argentina 1 de cada 25 adolescentes sufre bulimia o anorexia; y 1 de cada 10 padece algún desorden de la alimentación. De todos los afectados, el 90% son mujeres de 14 a 18 años.

En el Ecuador, los TCA no han sido identificados como un problema de salud pública y la bibliografía disponible sobre estas patologías es muy escasa. De acuerdo a un estudio realizado en la ciudad de Quito en el año 2003, la prevalencia de síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria entre estudiantes de colegios de la zona urbana alcanzaba el 18%⁷. Este valor es muy similar al encontrado un estudio de trastornos del hábito del comer en Chile en el 2007 por Behar y Cols, quienes demostraron que el 18% de jóvenes escolares, 15% de universitarias, 41% de adolescentes con sobrepeso¹⁹ y el 18% de usuarios en gimnasios; se encontraban en riesgo de desarrollar TCA, pues presentaban un síndrome parcial o subclínico.

Se ha podido establecer que los TCA se encuentran con mayor frecuencia entre mujeres y niñas que entre hombres y niños; con una relación hombre- mujer de entre 1:6 a 1:10.¹⁹

Aunque se ha evidenciado que estos trastornos son más frecuentes en mujeres; Behar (2010), describe que los hombres que desarrollan un TCA, presentan mayor morbilidad psiquiátrica y psicosocial, mayor prevalencia de trastornos por abuso de sustancias y poseen historias de sobrepeso u obesidad con mayor frecuencia que las mujeres.

La prevalencia de anorexia nerviosa a nivel mundial entre mujeres ha oscilado entre el 0,3% y el 3,7% y el de bulimia entre el 1% y el 4,2%.¹⁹

En Canadá, Woodside y Cols, tras realizar un estudio de personalidad en hombres con trastornos de conducta alimentaria en el año 2004, encontraron diferencias relacionadas al género en las principales preocupaciones que tienen las personas que han desarrollado estos trastornos. Por ejemplo, las mujeres con anorexia o bulimia nerviosas presentan mayor motivación por la delgadez e insatisfacción corporal, a diferencia de los hombres que presentan mayor preocupación por la musculatura del tórax y en quienes además se han identificado mayores índices de homosexualidad.¹⁹

Según la American Psychological Association (APA) en el 2006, la incidencia actual para anorexia entre mujeres es de aproximadamente 8 por 100.000 habitantes por año, con un aumento entre las mujeres de 15 a 24 años de edad. Para bulimia es de 13 por cada 100.000 habitantes con una prevalencia del 1% en mujeres y 0,1% en varones. Además, esta institución descarta que estos trastornos sean exclusivos de clases socioeconómicas altas, pues también afecta a estratos más bajos.¹⁶

Además, en relación a la comorbilidad, los niños que han presentado abuso físico y sexual presentan 2 veces más conductas de atracones y purgas.¹⁹

Los grupos de edad en los que se ha visto el desarrollo de trastornos alimenticios se centran en adolescentes entre los 14 y 18 años; pero se ha evidenciado también el desarrollo de esta patología en aproximadamente un 5% al principio de la segunda década de vida.⁵ Según APA 2006, el riesgo de desarrollar anorexia nerviosa en adolescentes en edad escolar de raza blanca es de 1:250.¹⁶

En relación a la asociación genómica de los TCAs, se ha determinado que los familiares de primer grado de pacientes con anorexia o bulimia nerviosas presentan tasas más altas de trastornos alimentarios no especificados. En la anorexia nerviosa, por ejemplo, los familiares en primer grado presentan 10 veces mayor riesgo de padecer el trastorno que los familiares de personas no afectadas. De la misma forma, los estudios en gemelos monocigóticos han demostrado que existe mayor concordancia, tanto para anorexia como para bulimia, que en los casos de gemelos dicigóticos. Un estudio realizado en gemelos nacidos en Suecia en el año 2006 reveló que la heredabilidad de la bulimia varía entre el 28 y 83%, y de la anorexia nerviosa sería de alrededor del 56%.²⁰

II.4.4 COMORBILIDAD

Existen algunas patologías que suelen desarrollarse antes de la evolución de los TCA, junto con ellos, o después de su tratamiento.

Los pacientes que presentan estos trastornos pueden abusar de sustancias ilícitas y del alcohol; además se pueden encontrar relacionados con problemas como robo, automutilación y conductas suicidas. Según Bulik y Cols (1992), los pacientes con anorexia nerviosa de tipo purgativa se ven más asociados a estos casos.²¹

Según Behar (2010), el abuso sexual es un factor común para anorexia y bulimia, presentándose en alrededor del 20 al 50% de las personas afectadas.

Se ha visto que los TCA también pueden estar presentes en pacientes con diabetes tipo I o II, tanto en hombres como mujeres; aunque no existen suficientes estudios que lo hayan demostrado. La asociación de los TCA con diabetes puede determinar mayor cantidad de complicaciones y estancias hospitalarias prolongadas por el tratamiento de la diabetes descompensada.

II.4.5 ETIOLOGÍA

Por ser la conducta alimentaria un acto complejo del ser humano, en ella intervienen varios factores; entre ellos están los biológicos, psicológicos, socioculturales y familiares.

II.4.5.1 Factores biológicos

Estos factores están determinados por las necesidades nutricionales, mecanismos centrales y periféricos de regulación de la ingesta (hambre y saciedad) y un sistema de recompensa asociado al apetito. Este proceso se desarrolla por medio de neurotransmisores esenciales como la noradrenalina y la serotonina, que determinan la inhibición o la estimulación del apetito y a su vez, tienen su acción central en el hipotálamo. Cualquier alteración en estos procesos, es decir en la liberación o recaptación de estas monoaminas podría producir o potenciar los comportamientos que corresponden a estos trastornos. Además de este tipo de trastornos, se han encontrado también alteraciones a nivel hipotálamo-hipofisario, de órganos endócrinos, modificaciones del sueño, inmunológicas, electroencefalográficas y genéticas.

Todo esto se detalla con más claridad en el capítulo sobre la fisiopatología de los TCA, en el tema II.4.6 de este marco teórico.

II.4.5.2 Factores psicológicos

El estudio de la personalidad ha permitido identificar personas que son más vulnerables a desarrollar este tipo de trastornos o simplemente a agudizarlos.

Una personalidad con rasgos de perfección por ejemplo, contribuye a la devaluación de la imagen corporal de una persona que presenta el trastorno anoréxico ya desarrollado, pues sus niveles de exigencia son aún más elevados. Por el contrario, los rasgos más impulsivos generarían mayor tendencia a desarrollar un subtipo purgativo de bulimia.⁵

Además, se considera que factores ambientales podrían relacionarse con el desarrollo de los TCA por parte del individuo. Existen algunas teorías psicológicas sobre cómo pueden desarrollarse estos trastornos.

Hilde Brunch por ejemplo, planteó en 1973 que el origen de la negación a alimentarse y el temor a engordar se basaba en la relación madre- hijo, cuando la madre no satisfacía las necesidades nutricionales y físicas del hijo. Según esta investigadora, al satisfacer la madre sus propias necesidades dejando de lado las de su hijo, este no aprende a distinguir el hambre como una de sus necesidades y tampoco la diferencia de otras, sean estas corporales o emocionales.⁵

En relación a la anorexia nerviosa, Behar (2004) refiere que existen anormalidades en la dinámica familiar, en la que sus integrantes se encuentran muy involucrados entre sí o son muy controlados, además de presentar signos de sobreprotección; por lo que él o la paciente no tienen la oportunidad de enfrentarse a sus necesidades más íntimas.

Según esta autora, una anoréxica típicamente pertenece a un grupo familiar conformado por un promedio de 3 a 4 hijos, con mayor predominio de hijas mujeres en relación 2:3. El padre está ausente física y afectivamente, y la madre se presenta con una imagen

tolerante, más aprensiva, pero incapaz de brindar apoyo a su hija porque compite por la delgadez con ella. Estas pacientes carecen del sentido de autonomía y autoconfianza, por lo que el adelgazamiento por medio de una gran autodisciplina puede representar la búsqueda de encontrar su propio valor como individuo.

En relación a la bulimia, Behar describe la realidad familiar como una convivencia con mayor desestructuración entre sus miembros y mayor presencia de conflictos familiares que en el caso de las pacientes anoréxicas. Según esta autora, estas pacientes experimentan además mayor culpa, rechazo y desamparo; por lo tanto la relación madre-hija no es cercana emocionalmente.¹⁹

Según las escuelas que siguen la psicología del Yo, una paciente bulímica presenta estas conductas en la búsqueda de disminuir la angustia y el vacío generados por su realidad familiar (específicamente una relación madre- hija deficiente), buscando continuamente establecer los límites de su Yo. “Cuando la paciente bulímica devora todo lo que hay a la vista convierte su postura pasivo- receptiva a una actitud de lucha activa. En la purga, la bulímica pareciera defenderse de la representación de la madre desde un estado simbiótico, reteniendo a la madre buena, no ambivalente, que la calma y la acoge mientras permanece pasiva y receptiva”.¹⁹

Al no haber un control del Súper Yo, estas pacientes tienden a los impulsos descontrolados, que se manifiestan por el consumo de sustancias ilícitas o alcohol, y por relaciones sexuales de riesgo o conductas purgativas presentes en este trastorno.

II.4.5.3 Factores socioculturales.

Los factores socioculturales se basan en la nueva imagen generada por la cultura de occidente, donde la delgadez ha sido sobrevalorada. Este factor se ve asociado además con

nuevos retos asumidos por la mujer actual, pues debe cumplir con deberes maternos, femeninos y profesionales al mismo tiempo, y todos estos deben ajustarse al ideal cultural de esbeltez que está asociado con éxito personal, inteligencia, belleza y atractivo sexual.

Hay que tomar en cuenta que hoy en día un símil de éxito corresponde a la belleza física que se encuentra en la delgadez, tanto en hombres como mujeres, y que la ausencia de uno de estos factores descritos podría generar rechazo o puede ser catalogado como un fracaso que genera disminución de la autoestima.²⁴

Estos factores son evaluados a mayor profundidad en la sección II.4.9 de este capítulo.

II.4.6 FISIOLÓGÍA DE LA ALIMENTACIÓN

El comprender la base fisiológica de la ingesta de alimentos y sus modificaciones en un trastorno de conducta alimentaria puede explicar los cambios endócrinos y metabólicos que se presentan como complicaciones clínicas de estas patologías y que a su vez pueden reforzar los patrones anormales de conducta alimentaria.

Solamente el 27% de la energía ingerida llega a los sistemas funcionales celulares, y gran parte de esta es transformada en calor. Cuando existe un exceso de energía, esta se deposita como grasa. Si los depósitos de energía se reducen, el organismo activa mecanismos que producen hambre y generan en el individuo la necesidad de conseguir alimento.

Para sostener un aporte energético suficiente en el organismo existen varios mecanismos reguladores a corto y largo plazo que controlan la ingesta de alimentos, el consumo energético y los depósitos de energía.

Varios neurotransmisores participan en la regulación del apetito y la saciedad:

- **Monoaminas:** dopamina, noradrenalina, adrenalina, serotonina, acetilcolina e histamina.
- **Aminoácidos:** Ac. Gamma-aminobutírico GABA, glicina y glutamato.
- **Péptidos:** Neuropeptido Y, YY, opioides endógenos, colecistocinina, angiotensina II, Hormona liberadora de corticotropina CRH, proopiomelanocortina POMC.

II.4.6.1 Mecanismos que Regulan la Ingesta

Existen factores reguladores de la ingesta centrales y periféricos. Los primeros se encargan de regular el hambre y la saciedad por medio del sistema nervioso central y sus neurotransmisores, mientras que los segundos están controlados por la estimulación y secreción hormonal del sistema digestivo durante la ingesta alimentaria.

Estos mecanismos se detallan a continuación.

II.4.6.1.1 Centros nerviosos que regulan la conservación de energía y la ingestión de alimentos:

Los centros nerviosos fundamentales para la regulación de la ingesta y la sensación de saciedad, y para el control del proceso mecánico de la alimentación están en el hipotálamo y el tronco encefálico respectivamente. En contraste, la amígdala y la corteza pre frontal controlan el apetito.

El hipotálamo aloja los centros del hambre en los núcleos laterales y los centros de la saciedad en los ventromediales.

Se ha visto que los núcleos paraventriculares, arqueados y dorsomediales también regulan la ingesta, pues las lesiones en los núcleos paraventriculares generan hiper ingesta, y las de los dorsomediales disminuyen la ingesta. A diferencia del resto, a los núcleos arqueados llegan varias hormonas liberadas por el sistema digestivo y adiposo.

Los centros hipotalámicos contienen varios receptores para los neurotransmisores que controlan la conducta alimentaria. Estos se pueden ver detallados, de acuerdo a su función de estimular o inhibir la ingesta, en la siguiente tabla.

ANOREXIGÉNICOS (DISMINUCIÓN DE LA INGESTA)	OREXIGÉNICOS (ESTIMULACIÓN DE LA INGESTA)
<ul style="list-style-type: none"> • Hormona estimulante de los melanocitos MSH. • Leptina • Serotonina • Noradrenalina • Hormona liberadora de corticotropina. • Insulina • Colecistocinina CCK • Péptido parecido al glucagón GLP • Péptido YY 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuropeptido Y • Proteína relacionada con agutí AGRP • Hormona concentradora de melanina • Orexinas A y B • Endorfinas • Galanina GAL • Glutamato y Ac. Aminobutírico • Cortisol • Grelina

Tabla 4 Neurotransmisores que Regulan la Ingesta y Saciedad.

Tomado de: Guyton A, Hall J. Tratado de Fisiología Médica. Décimo Primera Edición. Madrid-España. Elsevier. 2006³⁵

Los núcleos arqueados del hipotálamo contienen neuronas orexigénicas y anorexigénicas.

En el caso de las neuronas anorexigénicas estos núcleos contienen las neuronas POMC (proopiomelanocortina) que producen la hormona estimulante de melanocitos (alfa-MSH), por lo tanto su estimulación reduce la ingesta y aumenta el consumo energético. Como neuronas orexigénicas contiene a las encargadas de la producción del neuropeptido Y y la proteína relacionada con el agutí (AGRP); al estimularlas, se incrementa la ingesta y se reduce el consumo energético. Estas aparentemente constituyen las principales neuronas a ser estimuladas por las hormonas que regulan el apetito (leptina, insulina, colecistocinina y grelina).

Se sabe que la hormona estimulante de melanocitos (alfa-MSH) tiene receptores melanocortínicos MCR-3 y MCR-4 en los núcleos paraventriculares. Estos receptores tienen actividad fundamental en la regulación energética del organismo, pues se ha visto que la señalización defectuosa de esta vía se asocia a obesidad extrema; al activarlos disminuye la

ingesta y aumenta el consumo energético. Esto podría estar mediado por la activación de vías neuronales que van desde los núcleos paraventriculares hasta el núcleo del tracto solitario y estimula la actividad del sistema nervioso simpático.

El AGRP liberado por las neuronas orexigénicas constituye un antagonista natural de los receptores MCR-3 y 4 y aumenta la ingesta al inhibir los efectos de estos receptores. En relación al neuropéptido Y, se sabe que este es liberado cuando disminuyen los depósitos energéticos para estimular el apetito; además disminuye la actividad de las neuronas de POMC reduciendo así actividad de la vía melanocortínica.³⁵

II.4.6.1.2 Factores periféricos que regulan la cantidad de alimentos que se consumen:

Estos factores se presentan a corto plazo, evitando la sobrealimentación del individuo durante la ingesta; y a largo plazo, manteniendo los depósitos energéticos del organismo dentro de la normalidad:

a) Corto plazo:

- 1. Llenado gastrointestinal:** Al ingerir alimentos el tubo digestivo, en su mayor parte el estómago y duodeno, se distiende produciendo señales inhibitorias que se transmiten por vía vagal al centro de la alimentación, para suspender su actividad y reducir la necesidad de alimentarse.
- 2. Hormonas gastrointestinales:** Dentro de ellas están la grelina, CCK, neuropéptido YY, péptido parecido al glucagón e insulina.

La grelina es una hormona que es liberada por las células oxínticas del estómago y en menores proporciones por el intestino cuando hay ayuno; alcanzan sus niveles máximos antes de ingerir alimentos y disminuyen después de la ingesta. Todo esto ha llevado a pensar que se encarga de la estimulación del apetito.

Al ingerir alimentos con contenido graso, el duodeno libera colecistocinina (CCK), esta produce la activación de la vía melanocortínica en el hipotálamo con lo que se disminuye la sensación de necesidad de ingesta.

Además hay liberación del neuropéptido YY en el íleon y colon, que se produce 1 a 2 horas después de la ingesta; se genera una mayor concentración del mismo ante la ingesta de alimentos grasos y también se encarga de disminuir la necesidad de seguir consumiendo alimentos.

En el intestino se produce la liberación de un péptido parecido al glucagón, que estimula la liberación de insulina por el páncreas; estos dos compuestos también inhiben el apetito.

- 3. Receptores bucales:** Se ha evidenciado que algunos factores bucales, como la masticación, salivación, deglución y gusto, “miden” el paso del alimento por la boca y una vez que han alcanzado un límite, se inhiben los centros hipotalámicos del hambre. Esta inhibición se produce por 20 a 40 minutos, pero no tiene la intensidad de la inhibición producida por la distensión gástrica.

b) Largo plazo:

El mecanismo de control alimentario del cuerpo se determina por el estado nutricional del mismo; los niveles sanguíneos de glucosa, aminoácidos, y lípidos también determinan la necesidad de ingesta, y estimulan el apetito cuando se encuentran disminuidos.

El aumento de las concentraciones de glucosa en sangre aumenta la velocidad de descarga de las neuronas glucorreceptoras del centro de la saciedad en los núcleos paraventricular y centromedial del hipotálamo y al mismo tiempo reduce la descarga de las neuronas sensibles a glucosa del centro del hambre en el hipotálamo lateral.

Así mismo, la presencia de tejido adiposo en el cuerpo representa la reserva energética; esta información es enviada al hipotálamo por medio de la leptina, que es una hormona que se produce en los adipocitos y que aumenta su concentración mientras más tejido adiposo exista. Esta hormona tiene receptores hipotalámicos cerebrales a nivel de las neuronas de POMC en los núcleos arqueados y en las neuronas paraventriculares. Por lo tanto, a mayor concentración de leptina, menor producción hipotalámica de sustancias orexigénicas y mayor producción de anorexigénicas, mayor estimulación simpática que aumenta la tasa metabólica y el consumo de energía y menor secreción de insulina disminuyendo así el depósito de energía.³⁵

Los mecanismos que regulan la ingesta se resumen en la siguiente figura:

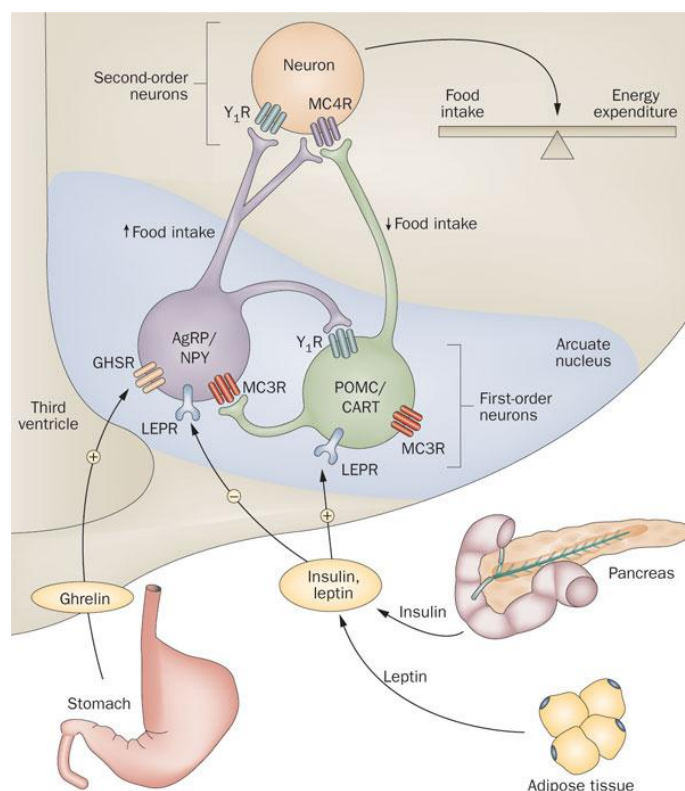


Gráfico 1 Control del Equilibrio Energético por los dos tipos de Neuronas de los Núcleos Arqueados.

Tomado de: Guyton A, Hall J. Tratado de Fisiología Médica. Décimo Primera Edición. Madrid- España. Elsevier. 2006³⁵

Las neuronas de proopiomelanocortina POMC liberan la hormona estimulante α de los melanocitos α -MSH y el transcrito regulado por la cocaína y anfetamina CART reducen la ingestión de alimentos y aumentan el consumo energético. 2) Las neuronas que producen proteína relacionada con agutí AGRP y neuropéptido Y aumentan la ingesta y reducen el gasto energético. La α -MSH liberada por las neuronas POMC estimula por receptores melanocortínicos MCR-3 y 4 de los núcleos paraventriculares. Estos activan las vías neuronales que van al núcleo del tracto solitario y la actividad simpática, así como el consumo energético. La AGRP actúa como antagonista de MCR-4. Insulina, leptina y colecistocinina CCK son hormonas que inhiben a las neuronas AGRP- NPY y estimulan las neuronas POMC-CART adyacentes, reduciendo la ingesta. La grelina se secreta desde el estómago y activa las neuronas AGRP-NPY y estimula la ingesta.

Lepr: receptor de leptina, Y1R receptor de neuropéptido Y.

II.4.7 FISIOPATOLOGÍA

II.4.7.1 *Alteración de los mecanismos que regulan la ingesta en los TCA.*

Una vez descritos los factores biológicos que regulan la ingesta se puede entender más claramente cómo estos se alteran ante la presencia de un trastorno de conducta alimentaria.

La **Serotonina** (5HT) es un neurotransmisor anorexigénico que además participa en el control de estados anímicos, ciclo sueño vigilia, conductas obsesivas, control de impulsos y recompensa, entre otros. Según Behar (2010), las vías neuronales de 5HT están relacionadas con la fisiopatología de la anorexia y de la bulimia nerviosa, pues la administración de fármacos que tienen acción sobre esta vía puede disminuir los síntomas.

Se ha visto que las alteraciones de esta vía que se presentan durante estos trastornos persisten después de su recuperación; al medir los metabolitos de la serotonina en líquido cefalorraquídeo (LCR), se encontró que las concentraciones de ácido 5-hidroxindolacético (5-HIAA) están disminuidas durante la crisis de anorexia nerviosa con bajo peso, y permanecen bajo los rangos normales después de que la paciente se ha recuperado.¹⁹

Además, se ha encontrado una menor capacidad para la unión de este compuesto con su receptor pos sináptico 5-HT_{2A} en la corteza frontal izquierda, parietal bilateral y occipital de los pacientes con anorexia; por lo tanto existen cantidades superiores circulantes de serotonina.

Según Behar (2010), las alteraciones de esta vía están asociadas al reforzamiento de las conductas alimentarias en la anorexia, pues los niveles elevados de serotonina se presentan en regiones como el cíngulo, que tiene funciones como aprendizaje emocional condicionado, vocalización para expresión de estados internos y asignación de valor

emocional a estímulos internos y externos; y la amígdala, que está asociada con emociones como ansiedad y temor, así como la integración de la cognición y el ánimo.²³

En relación a la **Dopamina** se sabe que su sistema controla la vía de la recompensa, actividad motora, y la conducta alimentaria, entre otros. El sistema dopaminérgico puede estar alterado en la anorexia nerviosa, pues se ha visto que los receptores D2 en zonas del cerebro como el núcleo accumbens y del tubérculo olfatorio asociados con la recompensa y búsqueda de novedades, pueden estar relacionados con el origen del trastorno.¹⁹

La **Noradrenalina** se relaciona con la regulación del ánimo, ansiedad y control de la conducta alimentaria por medio de dos receptores: los alfa regulan el inicio de la alimentación y los beta inducen saciedad. Según Behar (2010), algunos pacientes que presentaban anorexia nerviosa presentaron también cuadros pre mórbido de ansiedad, por lo que se ha considerado que el uso de bloqueadores de la recaptura del transportador de noradrenalina y serotonina podría ser útil en el tratamiento de la anorexia o la bulimia.

En relación a los neuromoduladores, el **Neuropéptido Y** se ha visto asociado con estos trastornos al encontrarse elevado en el LCR de estos pacientes y normalizarse con la recuperación del peso. Oswiecimska y Cols. (2005) describieron que el aumento plasmático de leptina, y la disminución del Neuropéptido Y (NPY) no se asocian con el Índice de Masa Corporal (IMC); por lo tanto, consideraron que durante estas patologías existe una desregulación de los mecanismos que controlan el apetito y el peso.²³

El **neuropéptido YY** es considerado como un potente anorexigénico, los estudios demuestran que en sujetos obesos los niveles plasmáticos son menores que en sujetos de peso normal para su talla y edad. Al comparar pacientes con anorexia y con obesidad, se

encontró que los primeros tenían concentraciones significativamente más elevadas de este compuesto en relación a los pacientes con obesidad.²³

En cuanto a la **leptina** se ha visto que su concentración disminuye rápidamente en respuesta al ayuno completo y en forma desproporcionada al presentarse cambios en el tejido adiposo. En el caso de las pacientes que presentan amenorrea en un TCA, la realimentación y ganancia de peso producen mayores concentraciones de leptina correlacionadas con el pico y reactivación del eje hipotálamo hipófisis gonadal. El aumento de peso no se asocia directamente con la reanudación de los ciclos menstruales, pero el aumento de la concentración de leptina si estaría directamente relacionado con este.²³

II.4.8 CUADRO CLINICO Y DIAGNÓSTICO

II.4.8.1 *Anorexia Nerviosa.*

Se puede considerar que este síndrome se presenta de manera primaria, es decir de manera autónoma, o secundaria a patologías psiquiátricas que generalmente son de carácter benigno.

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa en la percepción de la forma o tamaño de su propio cuerpo.

II.4.8.1.1 Subtipos

El DSM IV TR divide a la anorexia en 2 subtipos que se especifican por la presencia o ausencia de atracones o purgas en los episodios de esta enfermedad:

1. **Restrictivo:** La pérdida de peso se consigue realizando dieta, ayunando o realizando ejercicio extenuante, por lo que los individuos no acuden a purgas o atracones.

- 2. Compulsivo/ Purgativo:** El individuo recurre regularmente a purgas (vómito, diuréticos, laxantes o enemas) y a atracones de comida.

II.4.8.1.2 Clínica

Esta patología presenta un cuadro clínico característico, en el que se puede seguir la regla nemotécnica de las 4 A's que guía su sintomatología principal.

- Anorexia
- Adelgazamiento
- Amenorrea
- Alteración del esquema corporal.¹⁷

Además de los detallados previamente; los síntomas característicos que deben hacer sospechar de una anorexia nerviosa son: conductas de rechazo voluntario del alimento, temor creciente a aumentar de peso o a la obesidad que no desaparece aunque el individuo pierda peso, preparación de los alimentos por cocción o plancha con disminución de la ingesta de hidratos de carbono y grasas, y consumo de estos en trozos muy pequeños, disminución de la ingesta de líquidos, ejercicio físico extenuante, uso compulsivo de la balanza o toma de medidas de manera excesiva u observación constante en el espejo de zonas “obesas”, irritabilidad, insomnio, aislamiento social y pérdida de interés por el sexo. La conducta obsesivo- compulsiva, así como la depresión y ansiedad son características clínicas de este trastorno; existe tendencia al perfeccionismo, rigidez y quejas somáticas constantes de dolor epigástrico. En mujeres la amenorrea se hace presente debido a la disminución de secreción de FSH y LH; así mismo en el caso de pre púberes la aparición de la menarquia se puede ver retrasada.¹⁹ Las consecuencias médicas físicas y psicopatológicas asociadas a este trastorno están resumidas en la tabla #5

Manifestaciones Físicas	Manifestaciones Psicopatológicas
 Cardiovasculares: Bradicardia, Hipotensión, Arritmias, Acrocianosis, Insuficiencia Cardíaca, Aplanamiento o inversión onda T, depresión del segmento ST, prolongación del QT. Asociados con alteraciones electrolíticas.	 Psicológicas: Rasgos obsesivo- compulsivos, depresivos, ansiosos, fóbicos, baja autoestima, aislamiento social, perfeccionismo.
 Digestivas: Erosión del esmalte dental, Hipertrofia parotídea, vaciado gástrico lento, estreñimiento, elevación de enzimas pancreáticas y hepáticas.	 Conductuales: Preocupación por los alimentos, Adelgazamiento voluntario, Hiperactividad, Mantenimiento de la apariencia personal, interés sexual disminuido.
 Renales : Filtrado glomerular disminuido, Nitrógeno uréico elevado, Litiasis, edema	
 Hematológicas: Anemia normocítica normocrómica, leucopenia, trombocitopenia, degeneración medular, hipercolesterolemia	 Perceptuales: Distorsión de la imagen corporal, distorsión perceptual de las sensaciones corporales (hambre) Negación de la fatiga, sensación de ineficacia personal, pobreza del desarrollo de la autonomía, necesidad de controlar el medio que le rodea.
 Endocrinas y metabólicas: Amenorrea (disminución LH y FSH), niveles bajos de testosterona en hombres, alteración de la termorregulación, alcalosis metabólica, osteoporosis, hipopotasemia, hipomagnesemia, hipocloremia. T4 límite normal bajo.	
 Piel y anexos: Piel seca, equimosis por diátesis hemorrágica, lanugo en el tronco, coloración amarilla de piel asociado a hipercarotenemia.	

Tabla 5 Manifestaciones Clínicas y Psicopatológicas de la Anorexia Nerviosa

Fuente: R Behar, G Figueroa. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2da Edición. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo. 2010¹⁹

Elaborado Por: Daniela Regalado

II.4.8.1.3 Factores Predisponentes, Desencadenantes y Perpetuantes.

- **Factores predisponentes:** los individuos con riesgo de generar un TCA presentan características de personalidad específicas como “el niño o niña modelo que no da ningún tipo de problemas”, con un alto nivel intelectual, rasgos dependientes, obsesivos compulsivos, perfeccionismo y pobre autoestima. Además, existe una urgente necesidad de aceptación y complacencia hacia terceros.

Según Behar (2004), existen antecedentes de complicaciones perinatales y preocupación familiar por la apariencia.

- **Factores desencadenantes:** Los factores desencadenantes pueden estar asociados a pérdidas emocionales tales como fallecimiento de un ser querido o una separación, fracaso, abuso o primer acercamiento sexual, traumas físicos por accidentes, ejercicio extenuante o dietas auto inducidas.
- **Factores perpetuantes:** el principal es la distorsión de la percepción corporal. Este factor se puede ver sumado a una interacción familiar que fomenta los comportamientos autodestructivos típicos de este trastorno, estructura de la personalidad y presiones socioculturales. Otro factor que puede perpetuar este cuadro es la profesión: bailaristas, patinadoras o atletas presentan mayor posibilidad de que su carrera genere la necesidad de prolongar el cuadro.¹⁹

II.4.8.1.4 Criterios Diagnósticos

Tras el estudio de estos trastornos, tanto la OMS (1992) como la Asociación Americana de Psiquiatría (APA 2000) han caracterizando los síntomas cardinales de estas patologías para facilitar su diagnóstico. Estos criterios diagnósticos detallados en el DSM IV TR (APA 2000) y en el formato de Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE -10) se encuentran en las tablas 6 y 7.

Vale recalcar que el CIE -10 presenta criterios similares al DSM IV TR, pero toma en cuenta el IMC en vez de la pérdida ponderal y equipara la amenorrea femenina a la impotencia o desinterés sexual masculino.

DSM IV TR
A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (ej.: pérdida de peso que conduce a un peso corporal de menos del 85% del esperado o fracaso en obtener el peso esperado durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.)
B. Intenso temor a la ganancia ponderal o a la gordura, incluso estando por debajo del peso normal.
C. Alteración de la percepción del propio peso o silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro del bajo peso corporal actual.
D. En las mujeres pos puberales presencia de amenorrea (al menos 3 ciclos menstruales consecutivos).
Especificar el tipo:
Restictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a comilonas o purgas. (Provocación de vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.
Compulsivo/ Purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a comilonas o a purgas. (Provocación de vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.

Tabla 6 Criterios Diagnósticos para Anorexia Nerviosa según el DSM IV TR

Fuente: American Psychiatric Association 2000.

CIE 10
A. Pérdida de peso significativo (IMC menor a 17,5)
B. La pérdida de peso es originada por el propio enfermo, por medio de: Evitación del consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Vómitos auto provocados • Purgas intestinales auto provocadas • Ejercicio excesivo • Consumo de fármacos anorexigénicos o diuréticos.
C. Distorsión de la imagen corporal
D. Trastorno endócrino generalizado que afecta al eje hipotálamo- hipofisario- gonadal, manifestándose en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés y la potencia sexuales.
E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene

Tabla 7 Criterios Diagnósticos para Anorexia Nerviosa Según el CIE-10

Fuente: World Health Organization 1992.

II.4.8.1.5 Diagnóstico Diferencial.

En la anorexia nerviosa es necesario considerar otras causas de pérdida de peso, especialmente cuando esta se presenta con características atípicas. Algunas enfermedades presentan pérdida de peso importante pero sin alteración de la percepción corporal; estas son por ejemplo: enfermedades digestivas, tumores cerebrales, cáncer o SIDA. El síndrome de la arteria mesentérica superior debe valorarse en pacientes con gran emaciación.

Los trastornos psiquiátricos también pueden presentar síntomas similares a la anorexia y pueden desarrollarse en conjunto con esta, por lo tanto es necesario valorar sus síntomas por separado. La depresión puede presentarse con una baja importante de peso, pero sin alteración de la percepción corporal, la esquizofrenia presenta patrones de alimentación extravagantes, pero no genera temor a la ganancia ponderal.

El trastorno dismórfico, el obsesivo-compulsivo, y la fobia social, comparten algunas características diagnósticas con la anorexia, tales como comportamientos compulsivos con los alimentos, sensación de humillación al comer en público y gran preocupación por un defecto corporal imaginario, por lo que su sintomatología deberá valorarse en otros ámbitos de la vida que no tengan relación con la conducta alimentaria. Por ejemplo, temor excesivo a ensuciarse, preocupación por el tamaño de la nariz o la forma de los dientes y temor incapacitante de hablar en público.¹⁶

II.4.8.1.6 Pronóstico

La bibliografía consultada difiere en relación a si el pronóstico de los pacientes que desarrollan esta patología es satisfactorio o no, y las opiniones de los autores varían en sus conclusiones con respecto al mismo. Por lo tanto cabe recalcar que el pronóstico de la

anorexia nerviosa viene dado por factores específicos de su desarrollo y del medio que rodea al paciente.

En la siguiente tabla se puede observar los factores determinantes de un buen o mal pronóstico de esta enfermedad.

BUEN PRONÓSTICO	MAL PRONÓSTICO
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de desencadenante claro • Incremento ponderal al inicio del tratamiento. • Reconocimiento de sensación de hambre. • Trastornos menores de tránsito intestinal. • Ausencia de antecedentes psicopatológicos familiares. • Buena cooperación de los padres. • Altos logros académicos. • Edad temprana de inicio. • Buena adaptación educacional. • Buena inserción social. • Mejoría perceptual posterior a la ganancia ponderal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fluctuaciones ponderales y peso mínimo más bajo inicial. • Edad tardía de inicio. • Obesidad pre mórbida. • Presencia de rasgos bulímicos. • Clase social baja. • Larga duración de la afección. • Interacciones familiares patógenas. • Persistencia de la alteración perceptual. • Género masculino. • Fracasos repetidos del tratamiento, poca motivación o retraso en su inicio. • Negación del trastorno. • Depresión, quejas somáticas o conductas obsesivas.

Tabla 8 Indicadores del Pronóstico en la Anorexia Nerviosa

Tomado de: R Behar, G Figueroa. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2da Edición. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo. 2010¹⁹

II.4.8.1.7 Tratamiento

Por ser una patología tan compleja, la anorexia requiere un tratamiento global, es decir rehabilitación biológica, nutricional, psiquiátrica y familiar.

La principal prioridad serán las necesidades biológicas, es decir hidratación, electrolitos, vitaminas etc., e ingreso hospitalario si es imprescindible (un peso de 20% por debajo del recomendado requiere un manejo intrahospitalario y un peso menor del 30% de lo recomendado necesita ingreso para rehabilitación psiquiátrica por 2 a 6 meses).

El ingreso hospitalario también deberá ser considerado si no se puede garantizar la cooperación independiente del paciente.

Posterior a esto se recomienda la rehabilitación familiar: cada integrante de la familia debe ser educado para poder generar un ambiente positivo para la rehabilitación emocional y física del paciente e intervenir de forma positiva en la misma.

La asesoría nutricional es fundamental para una rehabilitación completa; este elemento deberá ser acompañado de un manejo psiquiátrico cognitivo-conductual para generar en el paciente una modificación de sus conceptos con respecto a su alimentación y su cuerpo.

Al alcanzar este balance se puede recomendar la psicoterapia grupal con pacientes que presenten cuadros similares, generando grupos homogéneos que no creen competencia en relación al desempeño de cada uno de los participantes en su rehabilitación y que represente un grupo de apoyo para el paciente.⁵

II.4.8.2 Bulimia

Este cuadro se caracteriza por la presencia de atracones (comprendiendo la definición de atracón como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo, aproximadamente de 2 horas, de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de individuos comerían) que se desarrollan lo más discretamente posible e incluso a escondidas; combinados con conductas inapropiadas para evitar la ganancia ponderal. Todo esto genera remordimiento y sentimientos de depresión y disgusto consigo mismo.

Estas conductas se desenvuelven con una frecuencia de al menos dos veces a la semana, y por lo menos durante 3 meses.

Se debe considerar que los atracones consisten en la ingesta abundante de comida y una mayor cantidad de calorías de lo que ingiere una persona que no presenta la patología, por lo tanto la proporción de hidratos de carbono, proteínas y grasas es similar a la ingesta de una persona que no la padece.

II.4.8.2.1 Subtipos

El DSM IV TR divide a este trastorno en dos subtipos de acuerdo a la presencia o ausencia de métodos de purga para regular la ingesta excesiva de alimentos.

1. **Purgativo:** En el que el paciente recurre al vómito, uso de laxantes, enemas o diuréticos durante el episodio
2. **No purgativo:** En el que el paciente recurre a otras conductas inapropiadas para evitar la ganancia de peso, como ayuno o jornadas intensas de ejercicio.¹⁶

II.4.8.2.2 Clínica

Dentro de la bulimia existen 4C que nos recuerdan sus síntomas principales:

- Compulsiones
- Comilonas
- Control excesivo del peso corporal
- Catarsis auto inducidas.¹⁷

Al igual que la anorexia nerviosa, la bulimia presenta varias repercusiones en el organismo tanto físicas como psicopatológicas. En la siguiente tabla se encuentran algunas manifestaciones físicas y psicopatológicas de esta enfermedad.











Manifestaciones Físicas	Manifestaciones Psicopatológicas
 Cardiovasculares: Arritmias por alteraciones electrolíticas (hipopotasemia) que pueden llevar al paro cardíaco.	 Psicológicas: Rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva, depresivos, ansiosos, gran temor a engordar, baja autoestima, aislamiento social, perfeccionismo, sensación de inutilidad y vacío.
 Digestivas: Erosión del esmalte dental, Hipertrofia parotídea, esofagitis, reflujo gastrointestinal, esteatorrea, hernia hiatal, Sd. de Mallory Weiss, Dilatación y estallidos gástricos, Pancreatitis, Colon irritable y Megacolon.	 Conductuales: Presencia de atracones tras ideas obsesivas por la comida y sensación persistente de hambre por falta de saciedad. El paciente está consciente de que su patrón alimentario es anormal y que está fuera de su control, esto lo lleva a la sensación de remordimiento posterior y la emesis auto provocada o uso de laxantes o diuréticos; aunque el vómito puede darse también por el intenso dolor gástrico por dilatación. Los pacientes no purgativos pueden acudir a dietas estrictas o ejercicios extenuantes. Todo esto lleva a cambios ponderales constantes, aunque los pacientes bulímicos pueden mantenerse dentro de los pesos esperados para su edad y talla.
 Renales : Deshidratación y edema, litiasis, Insuficiencia renal Hiponatremia, hipocloremia, hipopotasemia y alcalosis metabólica por la pérdida de ácido clorhídrico que se produce durante el vómito que produce mayor eliminación renal de K.	
 Respiratorias: Neumonía por aspiración, faringitis a repetición	
 Endocrinas y metabólicas: Amenorrea (disminución LH y FSH) que alterna con ciclos regulares.	
 Piel y anexos: Piel seca, equimosis facial por vómitos constantes.	
 Sistema Nervioso: Alteraciones en el EEG (por el desequilibrio hidroelectrolítico), crisis comiciales, parestesias, disestesias periféricas, cefalea, somnolencia, calambres en extremidades.	 Perceptuales: Percepción errónea de un sector corporal o dismorfofobia. A diferencia de los pacientes anoréxicos no hay negación del hambre.

Tabla 9 Manifestaciones Clínicas y Psicopatológicas de la Bulimia

Fuente: R Behar, G Figueroa. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2da Edición. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo. 2010¹⁹

Elaborado Por: Daniela Regalado

II.4.8.2.3 Factores Predisponentes, Desencadenantes y Perpetuantes.

- **Factores predisponentes:** Dentro de los factores que se ven asociados con el desarrollo de la bulimia encontramos la presencia de un estado de personalidad pre mórbido límite. En este caso existen rasgos impulsivos, inestabilidad afectiva, baja tolerancia a la frustración, y un alto nivel de ansiedad, además de oscilaciones anímicas; todo esto puede predisponer al paciente al desarrollo de este trastorno. Además, la baja autoestima y las preocupaciones sobre la corporalidad que llegan a tener rasgos narcisistas también se han visto asociadas con el desarrollo de esta patología.

No hay que olvidar que ciertas profesiones tienen mayor riesgo de presentar cualquier tipo de TCA, entre estas cabe mencionar el modelaje, patinaje artístico, bailarinas de ballet y atletas.

Antecedentes de sobrepeso y anorexia nerviosa pueden ser otros dos factores determinantes para el desarrollo de este trastorno.

- **Factores desencadenantes:** Según Behar (2010), estos factores se asocian a situaciones emocionales estresantes, como la pérdida de un ser querido, ambiente laboral estresante, conflictos sexuales, parentales o conyugales; a más de abuso sexual y estados emocionales como depresión o soledad.¹⁹
- **Factores perpetuantes:** El elemento clave de la bulimia se centra básicamente en la atención constante por la figura corporal; a partir de este comportamiento se deriva el resto de conductas restrictivas o purgativas de este trastorno. Los atracones deterioran la sensación de autocontrol del paciente y agravan los sentimientos de inutilidad, fomentando la preocupación por su figura corporal.

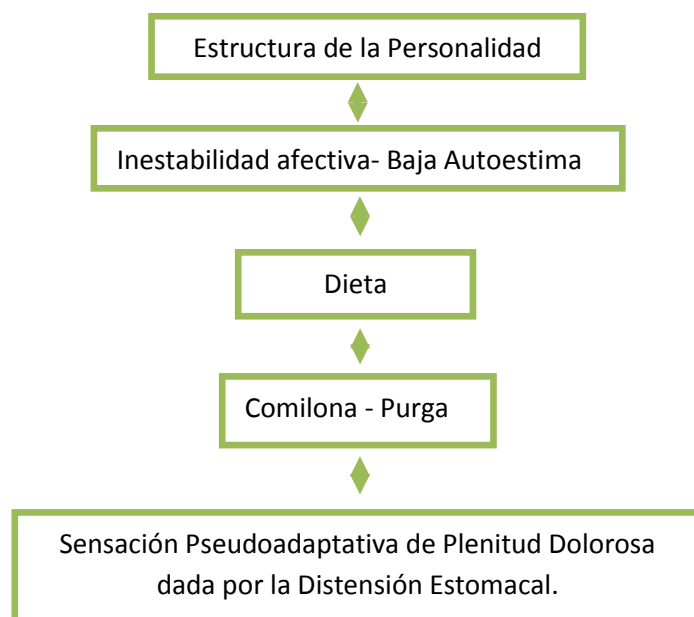


Gráfico 2 Ciclo Atracón Purga

Tomado de: R Behar, G Figueroa. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2da Edición. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo. 2010.¹⁹

II.4.8.2.4 Criterios diagnósticos

Al igual que en la Anorexia nerviosa, tanto el CIE-10 como DSM IV TR han propuesto los criterios diagnósticos para bulimia nerviosa que se pueden ver detallados en las tablas # 10 y 11.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM IV TR	
A.	Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de un alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo en 2 h) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias • Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se esté ingiriendo.
B.	Conductas compensatorias inadecuadas, de manera repetida, con el fin de evitar la ganancia de peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
C.	Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un periodo de 3 meses.
D.	La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales
E.	La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
Especificar el tipo:	
Purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo recurre regularmente al	

vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.

No Purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tabla 10 Criterios Diagnósticos para Bulimia Nerviosa según el DSM IV TR

Fuente: American Psychiatric Association 2000.

CIE 10
F. Pérdida de peso significativa (IMC menor a 17,5)
G. La pérdida de peso es originada por el propio enfermo, por medio de: Evitación del consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Vómitos auto provocados • Purgas intestinales auto provocadas • Ejercicio excesivo • Consumo de fármacos anorexigénicos o diuréticos.
H. Distorsión de la imagen corporal
I. Trastorno endócrino generalizado que afecta al eje hipotálamo- hipofisario- gonadal, manifestándose en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés y la potencia sexuales.
J. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene

Tabla 11 Criterios Diagnósticos para Bulimia Nerviosa según el CIE 10

Fuente: World Health Organization 1992

II.4.8.2.5 Diagnóstico Diferencial.

Al realizar el diagnóstico diferencial de bulimia es necesario valorar cuándo se producen los episodios y qué otras patologías pueden producir episodios de hiperfagia.

Si los atracones se producen exclusivamente en los episodios de anorexia nerviosa por ejemplo, deberemos diferenciar una anorexia nerviosa purgativa de un cuadro de bulimia.

En el caso de otras patologías que producen esta sintomatología tenemos algunas enfermedades neurológicas como tumores del sistema nervioso central (SNC), epilepsias, lesiones hipotalámicas, Síndrome de Klüver- Bucy que consiste en la presencia de agnosia visual, compulsiones de lamer y morder, exploración de objetos con la boca, incapacidad para ignorar cualquier estímulo, hipersexualidad e hiperfagia, y Síndrome de Kleine- Levin caracterizado por episodios de hipersomnia que duran de 2 a 3 semanas e hiperfagia , su inicio también se da en la adolescencia, pero es más común en hombres que mujeres.

Adicionalmente existen otros trastornos endócrinos que pueden generar cuadros con hiperfagia como la diabetes mellitus y el hipotiroidismo. Los pacientes que presentan obesidad pueden presentar episodios de hiper ingesta, más no presentan las conductas compensatorias inapropiadas de las que habíamos hablado previamente.

II.4.8.2.6 Pronóstico

Se ha evidenciado que la bulimia nerviosa presenta tasas más altas de recuperación parcial y completa que la anorexia nerviosa; la adaptación social tiende a normalizarse en algunos pacientes, aunque otros presentan gran deterioro y mayor aislamiento social.

Se ha visto que la comorbilidad con un trastorno obsesivo compulsivo puede asociarse a una duración más prolongada de la enfermedad, y que si la enfermedad se presentó a inicios de la adolescencia tiene mejor pronóstico que un inicio tardío. Así mismo, una historia de obesidad infantil o una evaluación estricta de la figura se han asociado como factores de mal pronóstico para esta patología.¹⁹

II.4.8.2.7 Tratamiento

La mayoría de casos no complicados de bulimia nerviosa no necesitan ser ingresados a menos que exista desequilibrio hidroelectrolítico por las purgas constantes, tendencias suicidas y consumo de sustancias. Por ser pacientes poco reservados con respecto a sus síntomas, el manejo ambulatorio con psicoterapia individual o grupal y farmacoterapia no debe ser complicado.

La psicoterapia cognitivo conductual debe ser considerada como el tratamiento principal en la bulimia nerviosa, con una duración de 5 a 6 meses. Esta terapia busca interrumpir el ciclo conductual de atracones y dietas, modificar los pensamientos disfuncionales del individuo, creencias en torno a la comida, peso, imagen corporal y auto concepto general.⁵

En el tratamiento farmacológico se ha comprobado que los antidepresivos, en forma de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, en dosis para manejo de trastornos depresivos, son útiles en relación al control de bulimia nerviosa y disminuyen los atracones y purgas, independientemente de si existe o no aún.⁵

II.4.8.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados

Esta categoría hace referencia a los trastornos de conducta alimentaria que no cumplen criterios para ningún TCA específico e incluye los siguientes ejemplos:

1. Mujeres que cumplen los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa pero presentan menstruaciones regulares.
2. El paciente cumple los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa pero mantiene su peso dentro de los límites de la normalidad, a pesar de existir pérdida de peso significativa.
3. Se cumplen los criterios para bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y conductas inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida en un paciente con peso normal.
5. Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón, que se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes, pero sin conductas compensatorias inapropiadas características de la bulimia nerviosa.

II.4.9 INFLUENCIA DE LA IMAGEN CORPORAL EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.

Al analizar los factores asociados con la alteración de la percepción corporal en los TCA, Van den Berg (2002) propone que para generar una alteración de la percepción corporal existen tres elementos externos que influyen al individuo de forma directa: los padres, los pares y el medio. El autor observó que el perfeccionismo se relaciona con la insatisfacción corporal e influye en la comparación de la apariencia física distorsionada con la imagen proyectada por los medios de comunicación, el grupo de pares al que pertenece el individuo o el medio que lo rodea.¹⁹

Rabe-Jabloska (2000) por el contrario, afirma que la insatisfacción corporal se relaciona con factores internos, como una baja autoestima y la necesidad obsesiva del individuo de alcanzar un peso bajo para obtener satisfacción personal y ser aceptado por el medio.¹⁹

Los factores más comúnmente asociados a un trastorno de la imagen corporal asociado a un TCA están detallados en la tabla # 12

FACTORES RELACIONADOS AL DESARROLLO DE UN TRASTORNO DE IMAGEN CORPORAL
Socialización Cultural: Historia del concepto de belleza Antecedentes de modelo estético
Experiencias Interpersonales: Presión social, familiar, influencia de amistades. Ser criticado o sufrir burlas
Características Personales: Autoestima negativa Sentimientos de ineficacia Temor al rechazo y desprecio.
Desarrollo físico y feedback social: Cambios biopsicosociales Críticas y comentarios de otras personas

Tabla 12 Factores Asociados al Desarrollo de un Trastorno de la Imagen Corporal en pacientes con TCA.

Tomado de: R Behar, G Figueroa. Capítulo 10: La imagen corporal en los trastornos alimentarios: Evaluación y aspectos clínicos. En: Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2da Edición. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo. 2010²⁴.

La insatisfacción corporal en adolescentes se ve asociada con la influencia del medio y de la cultura; de acuerdo a un estudio realizado en Estados Unidos por Moore en 1993, el 50% de las mujeres adolescentes estudiadas presentaba algún tipo de insatisfacción corporal con respecto a tamaño de sus caderas, nalgas, muslos, cintura y busto, y exhibían conductas peligrosas de control ponderal como dietas, ayunos, vómitos auto inducidos etc²⁴. En los varones de esta población se encontró que la insatisfacción corporal se basaba en el tamaño del tren superior (brazos, hombros y pectorales), prefiriendo el ejercicio como medio para obtener sus objetivos ponderales.

II.4.9.1 Percepción Corporal, Adolescencia y Trastornos de Conducta Alimentaria.

Como se ha mencionado previamente, la adolescencia constituye un periodo de la vida del individuo en el que éste busca adquirir una propia identidad y adaptarse satisfactoriamente, y de una forma más independiente, al medio que lo rodea.

La autoestima juega un papel muy importante en este proceso y viene determinada por la relación del adolescente con el medio que le rodea, su grupo de pares y sus padres. Los valores predominantes del grupo de edad del adolescente y los conceptos culturales sobre belleza y éxito influyen sobre la autoestima del adolescente, y ésta a su vez se relaciona directamente con su percepción corporal.

La preocupación por la imagen corporal del adolescente puede pasar de un deseo normal de verse atractivo, a la idea obsesiva de alcanzar la delgadez u obtener la perfección corporal.

Según Behar (2010), se ha evidenciado que las adolescentes mujeres tienden a presentar una autoestima más baja y más evaluaciones negativas de sus habilidades físicas e

intelectuales que los varones; además son más abiertas a adoptar estrategias para bajar de peso. Los varones en cambio hacen dietas para aumentar su peso y tonificar sus músculos.

“La imagen que el adolescente posee de sí mismo se va edificando mediante los vínculos en los cuales los compañeros, figuras de culto e ídolos, adquieren la representación de modelos y consejeros, contribuyendo conjuntamente a la adquisición de su identidad. /.../ La adecuada aceptación del propio cuerpo del adolescente va a estar condicionada por los cánones que predominen entre sus coetáneos y por supuesto entre las figuras de culto social imperantes. /.../De esta manera es posible entender que el adolescente vulnerable, potencialmente en riesgo de desarrollar un desorden alimentario, vivencie el aumento de peso y el no cumplimiento de los patrones de belleza, como un fracaso de su proyecto de vida, de amenaza de pérdida de control de sí mismo, y de su posibilidad de lucimiento y satisfacción corporales.”.²⁴

II.4.10 TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y PERSONALIDAD.

Se ha observado que los pacientes que presentan trastornos de conducta alimentaria pueden presentar trastornos afectivos, como el trastorno depresivo mayor y bipolar. En pacientes con anorexia nerviosa, esta comorbilidad se presenta en un 35- 81% para depresión mayor y en un 10% para bipolaridad; así mismo en la bulimia la comorbilidad para depresión mayor es del 38-63%.¹⁹

Los trastornos de ansiedad también son frecuentes en estos pacientes, especialmente la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo, tanto en bulimia como en anorexia.

Los trastornos de personalidad tienen gran importancia en relación al manejo de estas enfermedades, pues pueden exacerbar algunos síntomas que se presentan en ellas; los más comunes son el trastorno obsesivo compulsivo y evitador. En relación a los rasgos de

personalidad se ha encontrado que la tendencia a comportamientos obsesivos, rigidez, perfeccionismo, complacencia y dependencia se encuentran en mayores proporciones en estas poblaciones.

En la siguiente tabla comparativa se puede observar la frecuencia de estos trastornos en anorexia y bulimia de acuerdo a un estudio realizado en México en el año 2010.

Comorbilidad psiquiátrica		
	Anorexia nervosa	Bulimia Nervosa
Trastorno Depresivo Mayor*	50%-68%	38%-63%
Distimia*	35%-40%	63%
Trastorno Bipolar II	9.7%	
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	31%	3%-80%
Fobia Social	48%	17%
Abuso de sustancias	18%	9%-55%
Trastornos de la personalidad	20%-80%	22%-77%

Tabla 13 Comorbilidad Psiquiátrica de los Trastornos de Conducta Alimentaria.

Tomado de: Unikel C, Caballero A. Guía Clínica para los Trastornos de Conducta Alimentaria. Edición 2010. México. Editores S Berenzon, J del Bosque, J Alfaro, Me Medina. Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.) 2010⁵

Cuando los síntomas de un TCA no han constituido un trastorno patológico y se encuentran en un estado pre mórbido son llamados “Solución Anoréctica”; estos pueden ser transitorios o permanentes. Son llamados transitorios cuando se presentan junto a otras enfermedades psiquiátricas, como la depresión o cuadros psicóticos; y permanentes, cuando hegemonizan el aparato mental y lo organizan por completo, desarrollando así la patología anoréctica como tal y generando un trastorno crónico.

Según Cordella (2006), “mientras antes se consulte, menos central se situará el síntoma en el orden general de la vida del adolescente y mejor pronóstico tendrá el cuadro de ser resuelto”; pero si se permite que el cuadro evolucione a una patología propiamente dicha, entonces el síntoma se convierte en un rasgo y un “modo estable de funcionar en el

mundo”. De acuerdo a esta autora, la solución anoréctica se puede presentar preferentemente en 4 estilos de personalidad.

1. **Personalidad Obsesiva:** Que toma la restricción de manera muy estricta. Los pensamientos con relación al perfeccionismo, planificación y sacrificio son obsesivos, y toman la espontaneidad o impulsividad como una pérdida de autocontrol.
2. **Personalidad Narcisista:** Fija los síntomas del trastorno al descubrir que obtiene satisfacción al estar más cerca del ideal cultural de belleza física.
3. **Personalidad Límite:** Estas personas presentan mayor tendencia al consumo de sustancias y a la promiscuidad sexual debido a su emocionalidad variable. Además se encuentra un mayor número de pacientes que recurren al vómito, pues entre el 20 y 25% tienen antecedentes de abuso sexual.
4. **Personalidad dependiente:** Se presentan como pacientes colaboradoras y accesibles, fijan los síntomas del trastorno de conducta alimentaria por la necesidad de afirmar su autonomía, como signo de protesta a la dependencia intrafamiliar. Se presentan tímidas e infantiles y son aisladas progresivamente por su grupo de pares.²⁵

II.4.11 RIESGO DE DESARROLLO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ADOLESCENCIA

En esta sección se analizarán algunos factores fundamentales para el desarrollo de los hábitos alimenticios del adolescente. Es importante recalcar que cuando estos factores no son manejados adecuadamente, y si se adicionan factores de riesgo, se puede desarrollar un trastorno de conducta alimentaria durante la adolescencia.

II.4.11.1 Alimentación y Riesgo Nutricional en el Adolescente

Durante su desarrollo, el ser humano se ve influenciado por la cultura, factores sociales y psicológicos. Especialmente en la infancia y adolescencia el comportamiento frente a la alimentación se desplegará en base al aprendizaje continuo dentro de la familia y del medio que lo rodea.

Durante la adolescencia la necesidad del individuo de tomar sus propias decisiones, así como la adquisición de nuevos gustos y apetencias, puede determinar cambios en los patrones de conducta alimentaria, rechazando algunos alimentos y aceptando más otros; generando así nuevos hábitos alimenticios.

Al intentar incorporar nuevas actitudes frente a la alimentación, el adolescente se convierte en un individuo con gran vulnerabilidad ante las grandes industrias alimenticias, que utilizan hábiles técnicas de publicidad para vender un producto poco nutritivo como esencial para la vida. Estos se venden al identificar al individuo que los consume como una persona con gran identidad y prestigio social. Este factor se ve potenciado por otros elementos como son: fácil acceso a esta comida poco nutritiva o “comida chatarra” y poca o ninguna instrucción nutricional en los centros educativos a los que acuden los jóvenes, ausencia de los padres o cabeza de familia al momento de compartir las comidas y los anuncios publicitarios que venden la comida que está “de moda”.

En la búsqueda de ser aceptado por la sociedad, al adolescente le interesa más la opinión de su grupo de pares que la de su familia. Según Dulanto (2000) “En el adolescente se establece la moda de comer fuera de casa, en el lugar y lo que el grupo decide. Se añade a esto la variabilidad de los horarios con lo que lo hacen /... / Alternan este tipo de conducta indiferente e inapetente frente a la comida, con otros comportamientos como la bulimia,

con el objeto de reponer en una sola ingesta lo que no se consumió en las dos o tres comidas previas. Por lo tanto, sin proponérselo, se establece un desorden del apetito. Las costumbres que controlaban la alimentación no son ya los medios adecuados para imponérselos o procurárselos”.⁸

Según este mismo autor, los adolescentes que tienen la posibilidad de estar mejor alimentados son quienes mantienen un lazo familiar cercano, pues su núcleo los mantiene vinculados sin ataduras, pero dependientes y participantes de los hábitos alimenticios de la familia. Esta relación de una alimentación más sana con un núcleo familiar cercano, se produce porque durante las comidas existe un intercambio de afecto y comunicación con el adolescente.

Los objetivos de una alimentación adecuada en la adolescencia deben abarcar los siguientes puntos:

1. Garantizar el crecimiento y desarrollo normales del individuo.
2. Controlar los excesos o deficiencias por malnutrición.
3. Reducir el riesgo de enfermedades relacionadas con la alimentación.
4. Fomentar la salud.

Para poder garantizar todos estos objetivos es necesario tomar en cuenta que los requerimientos nutricionales del adolescente son distintos a los de un adulto o un infante, pues estos se ven aumentados por encontrarse en un periodo de maduración. Los varones al final del crecimiento han adquirido aproximadamente el doble de la cantidad de nitrógeno, calcio y hierro de la que tenían al inicio de la pubertad y reservan más músculo y hueso, mientras que las mujeres lo hacen con más masa adiposa.⁸

En la adolescencia se requiere que del total de calorías ingeridas, un 12 a 15% sean proteínas, 30% grasas (10% mono saturadas, 10%insaturadas y 10% poli insaturadas) y 55 a 60% carbohidratos. El hierro, calcio y zinc son minerales fundamentales por estar asociados a la replicación celular.⁸

En el Anexo VI se puede encontrar una tabla donde se resumen las necesidades nutricionales del adolescente por grupos de edad.

Es fundamental tomar en cuenta que los requerimientos nutricios van determinados por el desarrollo fisiológico más que por la edad cronológica, pues el aumento de los requerimientos nutricionales inicia a partir del desarrollo de la pubertad en el individuo, y esto constituye un factor independiente para cada persona. Por lo tanto, los requerimientos nutricionales de un adolescente con madurez temprana serán totalmente diferentes a los de un adolescente con madurez tardía aunque tengan la misma edad cronológica.

II.4.11.2 Factores Protectores y de Riesgo en la Adolescencia

Para prevenir el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria durante la adolescencia, es fundamental conocer los factores protectores y de riesgo de esta etapa. Fomentar los factores protectores, y controlar oportunamente los factores de riesgo, le permitirá al adolescente lograr su desarrollo como persona adulta de forma saludable.

Los principales factores de riesgo y protección del adolescente se presentan en la siguiente tabla:

ÁMBITOS	FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
INDIVIDUAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tener un proyecto de vida 2. Sentido de pertenencia a la sociedad por medio de relaciones adecuadas con sus grupos de pares y familia. 3. Conseguir una autoestima alta por medio de una buena autonomía, comprensión de su identidad y aceptación de su imagen corporal. 4. Recibir amor y vivir en un ambiente de valores, espiritualidad, alegría y estabilidad. 5. Control del estrés 6. Participar en actividades comunitarias recreativas y deportes. 7. Conocimiento del riesgo de vida del consumo de drogas y sexualidad irresponsable. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de un plan de vida. 2. Conducta antisocial y ruptura de su relación con la familia o grupo de pares. 3. Presencia de depresión, estrés o intentos auto líticos. 4. Baja autoestima. 5. Antecedentes de abuso sexual. 6. Presencia de malos hábitos alimentarios que pueden llevar a trastornos de la conducta alimentaria. 7. Sedentarismo. 8. Ausencia de los padres 9. Conductas sexuales de riesgo y consumo de sustancias.
FAMILIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estructura familiar que cubre las necesidades básicas de alimentación, vestimenta etc., brinda apoyo, tolerancia, amor, seguridad y límites. 2. Relación constructiva con los padres y comunicación abierta. 3. Se reconoce el rol de los adolescentes y se acepta este proceso de desarrollo. 4. Educación sexual y reproductiva. 5. Entrega responsabilidades e independencia y apoya el plan de vida. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Violencia familiar, disponibilidad de drogas lícitas e ilícitas en casa. 2. Ausencia de padre o madre o falta de amor. 3. Crianza permisiva o sobreprotectora y autoritaria 4. Ausencia de comunicación familiar.
AMIGOS O PARES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relaciones amistosas saludables, que se presentan dentro del compañerismo, respeto y aceptación de cada uno. 2. Intercambio de opiniones sobre el plan de vida 3. Permanecer cerca de líderes positivos estudiantiles, en 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amigos o pares que consumen drogas lícitas e ilícitas, con conductas sexuales de riesgo o con antecedentes delincuenciales. 2. Presión de grupo para el consumo de sustancias. 3. Grupo de pares que se aleja de los estudios.

ÁMBITOS	FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
	ambientes deportivos, arte o religión. 4. Amigos o pares con conductas saludables. 5. Desaprobación de los amigos o pares que tienen conductas problemáticas y de riesgo.	
COMUNIDAD	1. Presencia de recursos comunitarios para los adolescentes(deporte, arte y actividades recreativas) 2. Provee oportunidades de desarrollo social 3. Disponibilidad de servicios de salud para el adolescente. 4. Brinda un medio ambiente libre de violencia y contaminación. 5. Legislación que protege al adolescente y centros de capacitación y formación 6. Promoción de salud sexual y reproductiva.	1. Pobreza y poca seguridad en la comunidad. 2. Violencia, inequidad de género y/o etnia 3. Trabajo en condiciones inadecuadas o de riesgo 4. Disponibilidad de sustancias ilegales 5. Falta de acceso a servicios de salud, educativos y de recreación
COLEGIO	1. Autoridad y normas de conducta claras que sancionen y desapruében conductas problemáticas. 2. Disponibilidad de actividades escolares y extraescolares. 3. Interacción y Programas educativos para la familia	1. Autoridades y maestros con conductas de riesgo. 2. Violencia física, psicológica, sexual o acoso. 3. Estrés e inseguridad. 4. Ausencia de autoridad, normas de conducta y espacios recreativos y culturales. 5. Baja calidad de la educación.

Tabla 14 Factores Protectores y de Riesgo en la Adolescencia.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención en Salud Integral: Módulo 5, Adolescencia, mujer y hombre de 10 a menos de 20 años. Guatemala: Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas (DRPAP). 2010⁹

Elaborado por: Daniela Regalado.

II.4.11.3 Factores asociados al riesgo nutricional durante la adolescencia.

Existen 4 factores principales asociados al riesgo nutricional en la adolescencia:

1. Hábitos alimenticios.

2. Dietas.
3. Maduración temprana.
4. Condiciones socioeconómicas y acceso a fármacos y drogas.

II.4.11.3.1 Hábitos Alimenticios:

Se puede decir que éste es el factor de riesgo o protección más importante. Entre los hábitos perjudiciales están: la omisión de comidas, especialmente del desayuno, que puede llevar a crisis de hipoglucemia; ausencia de horarios fijos para comer, y consumo de alimentos con alto contenido energético sin aporte nutricional, como bebidas carbonatadas, azúcares o harinas.

Los hábitos alimenticios se ven influenciados también por las diferencias sexuales: se puede ver que los adolescentes varones consumen alimentos ricos en grasas, sal y azúcar; mientras que las adolescentes mujeres ingieren una menor cantidad de estos alimentos, buscando llegar a los ideales de belleza mediante un bajo peso y una figura esbelta, prefiriendo por esto los alimentos *light*.

Se conoce que el consumo de alimentos ricos en grasa puede tener un efecto tóxico sobre la mucosa intestinal, el mismo se ha visto asociado a la formación de neoplasias mamarias, de próstata, ovario y colon. Asimismo, un alto consumo de proteínas produce derivados volátiles, nitrosaminas, y otras sustancias que favorecen el crecimiento bacteriano.⁸

II.4.11.3.2 Actividad Física

Los adolescentes que realizan actividades deportivas con actividad física intensa y sostenida tienen un gasto energético elevado; por eso su ingreso calórico debería estar alrededor de 600 a 1000kcal más de los requerimientos basales diarios para su edad.

En adolescentes mujeres se ha visto que la pérdida de peso y la alteración de la composición corporal que produce el ejercicio intenso puede retrasar la menarquia hasta por 5 meses; puede generar amenorrea y una mala mineralización ósea, acarreado con ello riesgo de osteopenia, osteoporosis y fracturas en la edad adulta.⁸

II.4.11.3.3 Dietas.

Actualmente, el concepto de belleza se traduce en un cuerpo estilizado y delgado en las mujeres, y un cuerpo musculado en los hombres. El concepto de belleza y estatus social que el medio proporciona al individuo ha generado el desarrollo de varias medidas para alcanzar los estándares elevados de belleza física; una de ellas es el control de los alimentos que se ingieren en la dieta.

Debido a que mantenerse delgado representa hoy por hoy para el adolescente un requisito para ser exitoso, y dado al fácil acceso y la difusión mundial de las “dietas”, estas son muy frecuentes en la adolescencia. Es en estos malos hábitos alimenticios en los que en vez de mejorar su ingesta alimenticia, el o la adolescente recurre a ingerir una menor cantidad de calorías al día, buscando mantener su peso e ingiriendo una cantidad de nutrientes menor que la que su cuerpo necesita para desarrollarse saludablemente.⁸

II.4.11.3.4 Maduración Temprana

Las adolescentes que maduran más tempranamente que su grupo de pares constituyen un grupo poblacional de alto riesgo para generar un trastorno de conducta alimentaria, pues lucen mayores, poseen mayor peso y se ven diferentes a los demás. Esto genera un auto concepto corporal negativo, llevando al adolescente a realizar dietas o ejercicio excesivo, que pueden terminar en un trastorno alimentario.⁸

II.4.11.3.5 Condiciones socioeconómicas y acceso a fármacos y drogas.

La disponibilidad de alimentos constituye un factor de riesgo para el estado nutricional del adolescente, pues al pertenecer a un grupo socioeconómico bajo, el acceso a los alimentos no siempre será el más adecuado para sus requerimientos elementales. En el caso del grupo socioeconómico alto, el riesgo no se presentará por la carencia del alimento, sino por la ausencia de buenos hábitos alimenticios generados por el/la cabeza de familia, que generalmente no comparte los momentos de la comida con sus hijos adolescentes.

El inicio de vida sexual activa es más temprano en los adolescentes hoy en día. Según las encuestas de Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) 2004, en el Ecuador más del 8% de las mujeres entre 15 y 24 años habían tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. El inicio de la vida sexual temprana viene asociada a un mayor uso de anticonceptivos orales; estos generan alteraciones metabólicas de lípidos y carbohidratos, aumentado valores de triglicéridos, LDL, VLDL y disminución de HDL, por lo tanto hay mayor riesgo de dislipidemia.⁸

CAPITULO III

III. METODOLOGIA

III.1 PROBLEMA

¿Existen características de personalidad que se encuentran asociadas a la tendencia a desarrollar trastornos de conducta alimentaria en adolescentes entre 12 a 19 años?

III.2 OBJETIVOS

III.2.1 General

- Evaluar la asociación entre características de la personalidad y percepción corporal, con tendencia a desarrollar trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de 12 a 19 años del Colegio Particular Antares.

III.2.2 Específicos

1. Determinar la prevalencia del riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de 12 a 19 años del Colegio Particular Antares.
2. Establecer los principales factores condicionantes de los trastornos de conducta alimentaria, en especial género y edad.
3. Describir los tipos de personalidad prevalentes en la muestra a estudiar.
4. Identificar la existencia de distorsión en la percepción del tamaño corporal.
5. Analizar la correlación entre tendencia a desarrollar trastornos de conducta alimentaria, personalidad y distorsión de la percepción del tamaño corporal.

6. Evaluar la correlación entre estado nutricional y la tendencia a desarrollar trastornos de conducta alimentaria.

III.3 HIPÓTESIS

1. Los rasgos de personalidad obsesivo - compulsivo y límite están presentes con mayor frecuencia en los adolescentes con tendencia a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.
2. Los adolescentes que pertenecen al grupo con tendencia a generar un TCA presentan un mayor porcentaje de distorsión en su percepción del tamaño corporal.
3. La susceptibilidad de generar trastornos de la conducta alimentaria es más frecuente en personas de género femenino que masculino.
4. Los adolescentes de 14 y 18 años presentan más riesgo de generar estos trastornos en relación a otros grupos de edad.

III.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

La tabla correspondiente a esta sección se adjunta en el Anexo I

III.5 UNIVERSO Y MUESTRA

Para este estudio se requiere de una población adolescente, por lo que se recurre a la toma de una muestra en el Colegio Particular Antares; un colegio particular de educación secundaria ubicado en el Valle de los Chillos. Se trabajó con alumnos inscritos y que asistan al mismo durante los meses de marzo-abril del año 2013.

El colegio seleccionado para la toma de la muestra posee 183 estudiantes en el nivel secundario. Debido a que el tamaño muestral a considerar abarcaría más del 80% de la población de este colegio (fórmula y cálculo del tamaño muestral se encuentran detallados más abajo), se ha decidido tomar todo el universo para la aplicación de cuestionarios de personalidad, tendencia a desarrollar trastornos de conducta alimentaria y percepción corporal que se detallan posteriormente.

III.5.1 Criterios de inclusión:

- Estudiantes del Colegio Antares que se encuentren en el grupo de edad entre los 12 y 19 años.
- Estudiantes que deseen participar en el estudio.

III.5.2 Criterios de exclusión:

- Adolescentes con diagnóstico conocido de trastorno de conducta alimentaria
- Adolescentes con diagnóstico conocido de trastorno de personalidad.
- Estudiantes que no deseen participar en el estudio.

Para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó el valor de la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en Quito referida en un estudio previo que evalúa la presencia de trastornos de conducta alimentaria en colegios de la zona

urbana de Quito. Este estudio concluyó que el 18%⁷ de adolescentes entre los 12 y 18 años de edad presentaba síntomas de TCA.[†]

Para el cálculo de la muestra requerida se empleó un intervalo de confianza del 90% y una precisión de 0.05.

A continuación se detalla el método para el cálculo del tamaño de la muestra.

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

$$n = \frac{1.645^2 (0.18)(0.82)}{0.05^2}$$

$$n = 159,76 = 160$$

Donde:

n: tamaño de la muestra.

z: nivel de confianza deseado (90%)

p: proporción estimada de la población objeto de estudio que presenta el fenómeno investigado (18%).

q: 1- p

d: grado de precisión deseada.

III.6 TIPO DE ESTUDIO

Debido a que el objetivo del estudio fue determinar las características de personalidad prevalentes en los adolescentes entre 12 a 19 años del Colegio

[†] Es importante recalcar que debido a la falta de estudios realizados a nivel nacional, la información estadística sobre trastornos de conducta alimentaria es insuficiente. Por lo tanto se recurrió a un estudio realizado en la ciudad de Quito en el año 2003, en una población femenina exclusivamente.

Particular Antares y su relación con la tendencia al desarrollo de TCA durante el mes de marzo- abril del 2013, se realizó un estudio transversal y descriptivo.

Transversal porque se realizó el estudio en un momento determinado del año, es decir en los meses de marzo-abril del 2013, y descriptivo porque se observaron las variables sin requerir la experimentación o la aplicación de nuevas variables para modificar u obtener los resultados.

III.6.1 Instrumentos y procedimientos de recolección de información:

Para la recolección de la información requerida, se propuso a cada estudiante la resolución de tres cuestionarios:

- a) Cuestionario Exploratorio de la Personalidad (CEPER): Desarrollado por Caballo y Valenzuela en el año 1997, con 150 preguntas.¹³
- b) Body Shape Questionnaire validado en Colombia (BSQ): Por Castrillón y Montaña en el año 2007, con 34 preguntas.²⁶
- c) Eating Attitudes Test en su forma abreviada (EAT- 26) validado en España: Por Gandarillas en el año 2003, con de 26 preguntas.²² En el caso de este cuestionario se recurrió a la versión abreviada debido a la extensión de los tres cuestionarios y al tiempo disponible para completarlos.

Los objetivos de cada uno de estos tests y su forma de evaluación se detallan más adelante.

Para poder proceder a la aplicación de los cuestionarios, se informó a los estudiantes el fin de la investigación, el carácter anónimo del estudio y se les asignó un código para la posterior sistematización de la información.

Los cuestionarios fueron aplicados en dos días: CEPER fue resuelto en el día 1 y BSQ y EAT- 26 se resolvieron en el día 2. Por realizar los cuestionarios de forma anónima fue necesario asignar a cada estudiante un código numérico; de esta forma el estudiante tendría acceso a los resultados de sus cuestionarios sin ser identificado por su nombre. Además, recibieron una hoja de preguntas y una de respuestas que se adjuntan en el Anexo II.

Cada alumno que participó en el estudio fue medido y pesado para el posterior cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC) y estado nutricional determinado por curvas de crecimiento de la OMS³².

Para poder detallar los procedimientos de diagnóstico es necesario describir los cuestionarios que se utilizaron para evaluar los aspectos ya mencionados en la población bajo estudio.

A continuación se detalla el objetivo y la forma de evaluación de cada uno de los cuestionarios empleados en este estudio.

EATING ATTITUDES TEST (EAT-26): Es un test que se utiliza con el fin de determinar la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de los trastornos de conducta alimentaria; es decir realizar un screening de la tendencia a desarrollar este tipo de trastorno.

El test aplicado en esta investigación es una modificación del test inicial EAT-40 que fue publicado en 1979 por Gardner y Garfinkel, y en su versión completa, es altamente predictivo ($r=0,89$). Los 26 primeros ítems del EAT-40 configuran tres sub escalas: dieta, bulimia y preocupación por comer y control oral.

La validación a la que se tuvo acceso fue de la versión española de 26 preguntas; que realizó Gandarillas A, et al. en el año 2003. Para un punto de corte de 20 puntos o más, la sensibilidad es del 59%, la especificidad del 93%, el valor predictivo positivo del 23%, y el valor predictivo negativo del 99%, con un porcentaje de bien clasificados del 92%. Como cuestionario de cribado es útil para diferenciar los casos de TCA de la población normal, aunque es importante señalar el escaso VPP, dado que la prevalencia del problema es baja.²² El Alfa de Cronbach de esta validación es de 0,86.

Puede ser administrado por psiquiatras, consejeros escolares y entrenadores, y puede aplicarse tanto en adolescentes como en adultos de forma individual o grupal. Es necesario aclarar que este test no tiene como fin diagnosticar un trastorno de conducta alimentaria; fue diseñado para determinar la necesidad de una valoración psicológica y psiquiátrica de mayor profundidad. En el caso de que el individuo que lo haya resuelto obtenga un cuestionario positivo, es necesario buscar la presencia de sintomatología característica de un trastorno de conducta alimentaria para establecer un diagnóstico definitivo.

El test consta de 3 sub escalas:

1. Dieta: ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26
2. Preocupación por la comida y bulimia : ítems 3, 4, 9, 18, 21, 25

3. Control Oral: ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20.

Además incluye un control de Índice de Masa Corporal (IMC), que permite determinar si el paciente presenta un estado nutricional por debajo del mínimo aceptado para su edad y sexo.

Para llenar este cuestionario se utilizó una escala de puntuación de 1-6, en la que el estudiante debe responder que tan frecuentemente se ha sentido identificado con cada pregunta del cuestionario en las últimas 4 semanas. Donde:

1: Nunca

2: Raramente

3: Algunas veces

4: A menudo

5: Muy a menudo

6: Siempre

Para la interpretación de este cuestionario, los puntajes para valoración de tendencia a desarrollar un TCA fueron los siguientes:

PUNTAJE	SIEMPRE	MUY A MENUDO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
Preguntas 1 a 25	3	2	1	0	0	0
Pregunta #26	0	0	0	1	2	3

De acuerdo a la validación de este test, los individuos que presenten una sumatoria de las tres sub escalas con un puntaje mayor a 20 tienen un riesgo elevado de presentar trastornos de la conducta alimentaria y deben ser entrevistados por un

profesional para determinar si presentan criterios diagnósticos claros de un trastorno de la conducta alimenticia.

Tras establecer los puntajes de cada pregunta se procedió a realizar la sumatoria para cada una de las tres sub escalas del cuestionario, para posteriormente realizar la adición de estos tres puntajes, con lo que se determinó el puntaje final del test.

CUESTIONARIO EXPLORATORIO DE PERSONALIDAD (CEPER): Es un test que está compuesto por 150 ítems que evalúan los 10 estilos de personalidad propuestos por el DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2002): paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, limite, por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo. Además también evalúa otros dos estilos incluidos en el Apéndice B del DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2002): el trastorno pasivo-agresivo y el trastorno depresivo de la personalidad. Incluye además la evaluación de otros dos estilos incluidos en el DSM-III TR (American Psychiatric Association, 1988) que se eliminaron en la edición del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995): el estilo sádico y el estilo autodestructivo de la personalidad.

En relación a la confiabilidad de este test, el alfa de Cronbach es de 0,97, en la muestra utilizada por Jauregui et al (2009).³¹

En este test cada estudiante debe identificar que tan característico de él o ella resulta cada pregunta del cuestionario; para ello se utiliza una escala tipo Likert con una puntuación de 0-6. A continuación se detalla la puntuación asignada:

- **0:** nada característico de mí

- **1:** Muy poco característico de mí
- **2:** Poco característico de mí
- **3:** Moderadamente característico de mí
- **4:** Bastante característico de mí
- **5:** Muy característico de mí
- **6:** Totalmente característico de mí

También incluye 4 preguntas (#48, 72, 107 y 125) que evalúan si el sujeto fue coherente en sus respuestas y si intentó de algún modo manipular el test. El máximo puntaje es 6 y el mínimo 0; entonces, a mayor puntaje de sinceridad, mayor fiabilidad en los resultados.

Para poder determinar la personalidad prevalente de cada estudiante se calculó la media y desviación estándar del total de reactivos para cada tipo de personalidad (el numeral de las preguntas correspondientes a cada tipo de personalidad se adjuntan en el cuestionario del Anexo II); el puntaje más alto determinó entonces el rasgo de personalidad prevalente en cada individuo.

Cabe aclarar que al diseñar el instrumento, los autores no identificaron puntos de corte o categorías de significación para interpretar el puntaje de cada estilo de personalidad; solo establecieron las puntuaciones en bruto y analizaron las diferencias ligadas al género.

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ): Es un cuestionario que se utiliza con el objetivo de determinar la presencia de preocupación por el peso y la imagen corporal. Se utiliza en pacientes con riesgo de generar un trastorno de conducta

alimentaria debido a que la alteración del esquema corporal es un síntoma presente en estas patologías.

Debido a la necesidad de utilizar instrumentos válidos para América Latina, se utilizó una validación para población colombiana, elaborada por Castrillón D et al. en el año 2007; su confiabilidad se calculó a través del alfa de Cronbach, con una consistencia interna alta (0,96 con un intervalo de confianza del 95%). Estos resultados confirman su estabilidad y coherencia con los presupuestos teóricos.²⁶

Este cuestionario consta de 34 preguntas que evalúan un mismo concepto con dos factores, que comprenden insatisfacción corporal (preguntas 1,3 ,7 ,8 ,10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 29, 31 y 32) y preocupación por el peso (preguntas 2, 4, 5, 9, 16, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 33 y 34). Este test se valoró con la misma escala tipo Likert empleada en el EAT-26.

Para determinar si el individuo presenta alguna alteración de la percepción corporal es necesario obtener la sumatoria de los puntajes de la escala para insatisfacción corporal y preocupación por el peso, que a su vez se obtienen por la sumatoria de cada uno de sus ítems. El individuo tendrá un test positivo para alteración de la percepción corporal con un puntaje mayor de 112 puntos. La escala de insatisfacción corporal es positiva con un puntaje mayor a 59 puntos y la preocupación por el peso con 54 puntos.

Todos los cuestionarios empleados en este estudio se adjuntan en el Anexo II.

III.7 ANÁLISIS DE DATOS

Para la interpretación de los cuestionarios empleados en este estudio se procedió a procesar las respuestas de cada estudiante en Excel y su análisis estadístico se realizó posteriormente en el programa IBM SPSS Statistics 20.

Por tratarse de un estudio descriptivo transversal, el análisis de datos se realizó mediante la determinación de las proporciones en cuanto a rasgos de personalidad en los adolescentes, auto percepción corporal, IMC y resultados de EAT-26.

Además se aplicaron técnicas estadísticas de asociación como Odds Ratio (medida estadística que describe la fuerza de asociación o independencia entre dos variables y las compara de forma simétrica), χ^2 (estadístico utilizado para contrastar la hipótesis de que las variables de fila y columna son independientes) y V de Kramer (medida de asociación basada en el Chi-cuadrado. Si su valor varía entre 0 y 1. 0 indica que no hay asociación entre las variables de fila y columna. Los valores cercanos a uno indican gran relación entre las variables).

La tabulación de datos se realizó en Excel y SPSS V20.

III.8 ASPECTOS BIOÉTICOS

Debido a que la recolección de información se realizó mediante el llenado de cuestionarios de manera simultánea curso por curso, y para mantener segura la identidad de cada participante del estudio, se codificaron sus identidades y se explicó a cada individuo que la resolución de los cuestionarios se realizaría de forma anónima, salvaguardando así la identidad de cada sujeto. De esta forma se facilitó al investigador obtener resultados con mayor sinceridad.

Para constancia de la aprobación de los estudiantes de ser parte del estudio fue necesario obtener el consentimiento verbal cada uno de ellos antes de completar cada cuestionario; aprobación que fue certificada por las autoridades de la Institución donde se realizó esta tesis, mediante una carta dirigida a las autoridades de la universidad. Estos documentos se adjuntan en el Anexo III.

CAPITULO IV

IV. RESULTADOS

IV.1 ANALISIS DESCRIPTIVO

IV.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

IV.1.1.1 Distribución de estudiantes según grado de escolaridad

El universo estudiado corresponde a 183 estudiantes, de los cuales 6 se negaron a participar en el estudio. Ningún alumno cumplió criterios de exclusión, por lo que el resto de la población fue incluida, es decir 177 estudiantes.

De la población estudiada, el 50,3% pertenece a ciclo básico y el 49,7% restante pertenece a bachillerato. La distribución de estudiantes por cada curso de ciclo básico y diversificado se encuentra en la siguiente tabla.

POBLACIÓN		Nº	%
Básico 50,3%	8vo	36	20,3
	9no	27	15,3
	10mo	26	14,7
Bachillerato 49,7%	1ro	43	24,2
	2do	21	11,9
	3ro	24	13,6
TOTAL		177	100,0

Tabla 15 Distribución de estudiantes según nivel de escolaridad

Fuente: Entrevistas a estudiantes del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos

IV.1.1.2 Distribución de estudiantes según género.

Del total de estudiantes evaluados el 46,3% (82individuos) pertenecen al género femenino y 53,7% (95) al masculino.

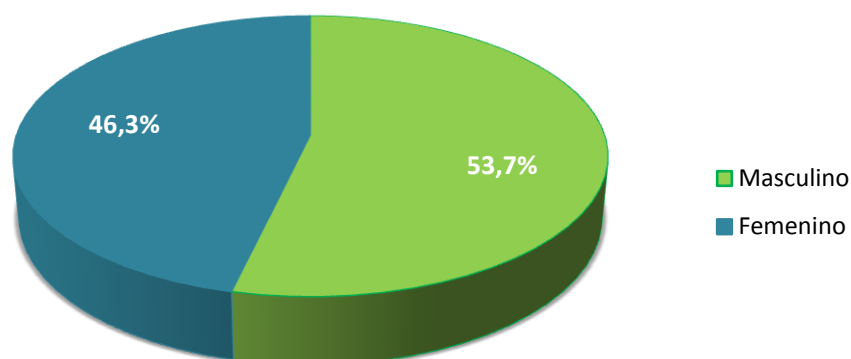


Gráfico 3 Distribución de estudiantes según género.

Fuente: Entrevistas a estudiantes del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos

IV.1.1.3 Distribución de estudiantes según etapa de adolescencia.

El promedio de edad del grupo evaluado fue de 14,75 años. La edad máxima fue 19 años y la mínima 12, el rango encontrado fue de 7 años y la desviación estándar de 1,83.

De la muestra estudiada, el 32,2%, es decir 57 estudiantes, se encuentran en la adolescencia temprana; este grupo mostró un promedio de edad de 12,61 años, rango de edad de 1 año y una desviación estándar de 0.49. El 67,8% restante de estudiantes, es decir 120 individuos, se encuentran en la adolescencia tardía; este grupo mostró un promedio de edad de 15,77 años, rango de edad de 5 años y una desviación estándar de 1,28.

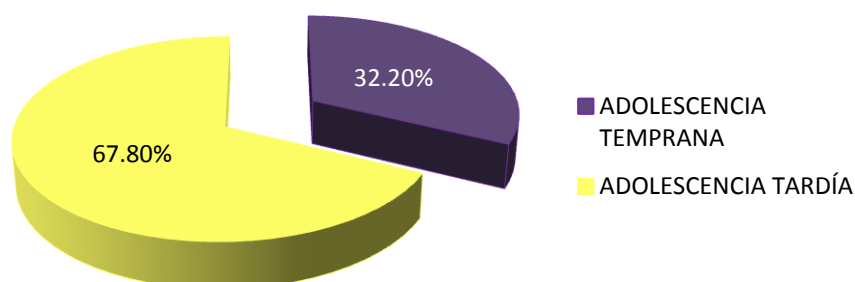


Gráfico 4 Distribución de estudiantes según etapas de adolescencia

Fuente: Entrevistas a estudiantes del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos.

IV.1.1.4 Distribución de alumnos según estado nutricional y percentiles

Después de pesar y medir a cada estudiante, se obtuvo su IMC y se lo comparó con las curvas de IMC para la edad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Tras lo cual se evidenció que el Riesgo de Sobrepeso, correspondiente al percentil 85 a 97, es el estado nutricional patológico más frecuente (26 estudiantes), seguido de bajo peso, correspondiente a un IMC bajo el percentil 3 (8 estudiantes), y finalmente sobrepeso, correspondiente a un IMC mayor al percentil 97 (7 estudiantes).

Estos resultados se ven resumidos en el Gráfico #4.

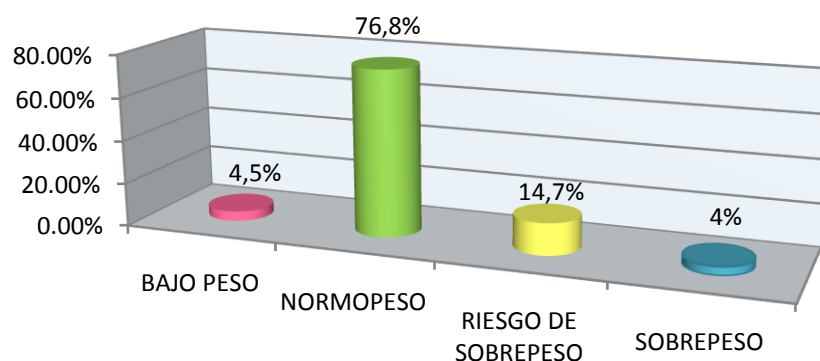


Gráfico 5 Distribución de estudiantes según su estado nutricional medido por IMC.

Fuente: Entrevistas a estudiantes del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos

Se pudo determinar también que la mayor parte de la población estudiada, 76,8% (136 estudiantes) presenta un estado nutricional normal. Este corresponde a los percentiles 3 hasta 85, los porcentajes obtenidos correspondientes a cada grupo de percentiles se resumen en la siguiente tabla.

PERCENTIL	Nº	%
P3-P15	25	14,1
P15-P50	53	29,9
P50-P85	58	32,8

Tabla 16 Distribución de estudiantes que presentaron un estado nutricional normal, según su ubicación en percentiles de IMC según OMS.

Fuente: Entrevistas a estudiantes del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos

IV.1.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO

IV.1.2.1 Distribución de rasgos de personalidad en la población estudiada.

Como se puede observar en la tabla #17, tras el análisis del cuestionario CEPER se identificaron rasgos de personalidad puros y combinados.

Los rasgos de personalidad puros más prevalentes fueron: obsesivo compulsivo, seguido de paranoide, esquizoide, pasivo agresivo y narcisista. Los rasgos de personalidad correspondientes a evitación, histriónica y límite se encontraron en la misma proporción con 9 estudiantes cada uno; seguido de personalidad antisocial y depresiva con 2 estudiantes y finalmente sádica con 1 estudiante.

Se encontraron también, en una menor proporción, rasgos de personalidad combinados: depresivo/pasivo agresivo/histriónico, esquizotípico/esquizoide, obsesivo-compulsivo/esquizoide, obsesivo-compulsivo/pasivo-agresivo, paranoide/dependencia, paranoide/narcisista, paranoide/esquizoide, pasivo-agresivo/evitación, pasivo-agresivo/esquizoide, y pasivo-agresivo/narcisista; cada uno de ellos con 1 estudiante. El rasgo de personalidad obsesivo-compulsivo/paranoide fue el único de estos rasgos combinados que presentó una mayor proporción, con 2 estudiantes.

RASGOS DE PERSONALIDAD	Nº	%
PUROS		
Obsesivo Compulsivo	49	27,7
Paranoide	29	16,4
Esquizoide	21	11,9
Pasivo agresivo	17	9,6
Narcisista	16	9,0
Evitación	9	5,1
Histriónico	9	5,1
Límite	9	5,1
Antisocial	2	1,1
Depresiva	2	1,1
Dependencia	1	0,6
Sádico	1	0,6
COMBINADOS		
Depresivo/Pasivo Agresivo/ Histriónico	1	0,6
Esquizotípico/Esquizoide	1	0,6
Obsesivo Compulsivo/ Esquizoide	1	0,6
Obsesivo Compulsivo/ Pasivo -Agresivo	1	0,6
Obsesivo Compulsivo/Paranoide	2	1,1
Paranoide/Dependencia	1	0,6
Paranoide/Narcisista	1	0,6
Paranoide/ Esquizoide	1	0,6
Pasivo Agresivo/Evitación	1	0,6
Pasivo Agresivo/Esquizoide	1	0,6
Pasivo Agresivo/Narcisista	1	0,6
TOTAL	177	100

Tabla 17 Rasgos de Personalidad Puros y Combinados en estudiantes del Colegio Particular Antares.

Fuente: Entrevistas a estudiantes del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos

IV.1.2.2 Frecuencia de estudiantes con tendencia a desarrollar un trastorno de conducta alimentaria.

Al analizar los cuestionarios para determinar la presencia de tendencia a desarrollar trastornos de conducta alimenticia en los adolescentes de la muestra estudiada, se evidenció que el 6,2% (11 estudiantes) presentó puntajes mayores a 20, es decir una clara tendencia en este sentido.

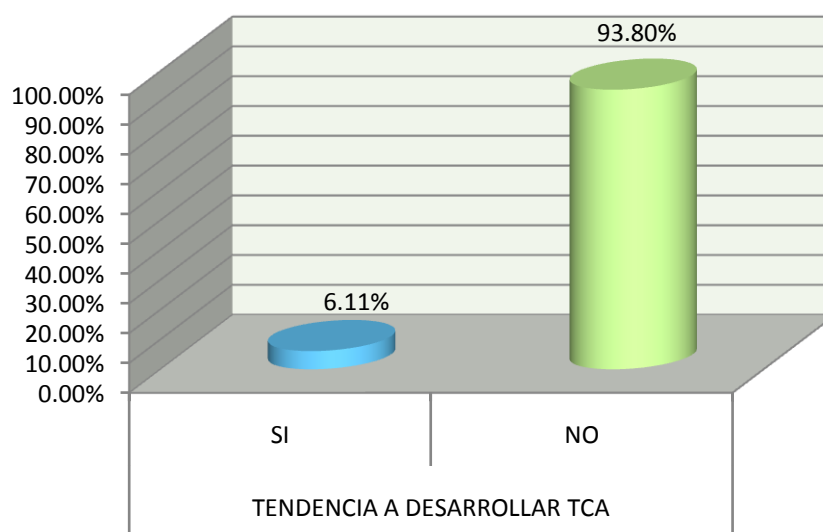


Gráfico 6 Frecuencia de estudiantes con tendencia a desarrollar un TCA.

Fuente: Entrevistas a estudiantes del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos

Como se señaló en el capítulo de metodología, el EAT consta de tres sub escalas; estas reflejan el mecanismo más utilizado por el individuo para el control de su peso. Cuando se analizaron los cuestionarios de los individuos con un EAT positivo para tendencia a desarrollar un trastorno alimenticio, se determinó que el mecanismo más utilizado para controlar el peso en estos individuos fue la dieta con un 90,9% (10 individuos), seguido de control oral con un 9,1% (1 individuo).

IV.1.2.3 Frecuencia de estudiantes con alteraciones de la percepción corporal.

Al analizar el cuestionario de percepción corporal se encontró que:

- En cuanto a la insatisfacción corporal, correspondiente al factor 1 del Body Shape Questionnaire, el 9,6%, es decir 17 de los estudiantes, presenta insatisfacción corporal.
- En relación al factor 2, correspondiente a preocupación por el peso, se evidenció que el 10,2% (18 estudiantes), presenta puntajes superiores al punto de corte

establecido por el cuestionario, según lo detallado en la sección de Procedimientos de Diagnóstico e Intervención del Capítulo III.

Es importante recalcar que de los 18 estudiantes que demostraron preocupación por su peso en el BSQ, 17 presentaron también insatisfacción corporal; y son estos mismos individuos quienes, de acuerdo al punto de corte para BSQ, presentan alteración de la percepción del tamaño corporal.

En el siguiente gráfico se puede observar la frecuencia de alteración de percepción corporal en la muestra estudiada.

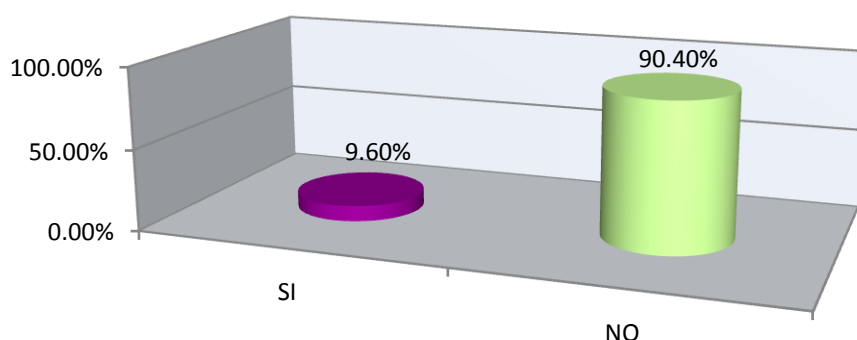


Gráfico 7 Frecuencia de estudiantes con Alteración de la Percepción Corporal

Fuente: Entrevistas a estudiantes del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos

IV.1.3 RELACIÓN ENTRE VARIABLES

IV.1.3.1 Relación entre Predisposición de Desarrollar un TCA y Género.

En el universo estudiado, 11 estudiantes, que representaron el 6,2% del total, presentaron la probabilidad de desarrollar algún tipo de trastorno de conducta alimentaria; de ellos 8 son mujeres (72,7%), quienes en el 100% prefieren la dieta para controlar su peso, y 3 son hombres (27,3%), de los cuales 2 recurren a dieta (66,7%) y 1 a control oral (33,3%).

Al comparar la prevalencia de esta predisposición, se puede apreciar que entre las 82 mujeres, el 9,8% presenta una tendencia a desarrollar un TCA, mientras que en el caso de los 95 varones, se observa que el 3,2% tiene riesgo de desarrollar un TCA. Al realizar el análisis de OR se encontró que las mujeres presentan 3,3 veces más tendencia de desarrollar un TCA.

A pesar de este resultado, no fue posible demostrar una posible relación entre el género y la tendencia a desarrollar un TCA, pues dicha asociación no fue estadísticamente significativa ($p = 0.07$). El Chi cuadrado (χ^2) obtenido presenta un valor menor al rango crítico y la V de Kramer presenta una asociación baja (0.1) Lo que se puede apreciar en el gráfico 6.

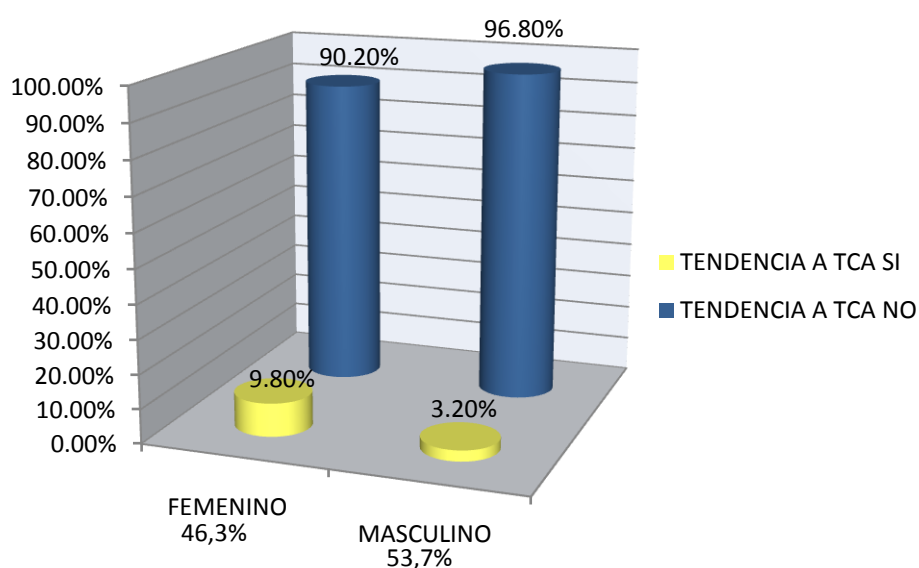


Gráfico 8 Presencia de Tendencia a desarrollar un TCA y Género

Fuente: Entrevistas a estudiantes del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos

IV.1.3.2 Relación entre Predisposición a Desarrollar un TCA y Grupo de Edad.

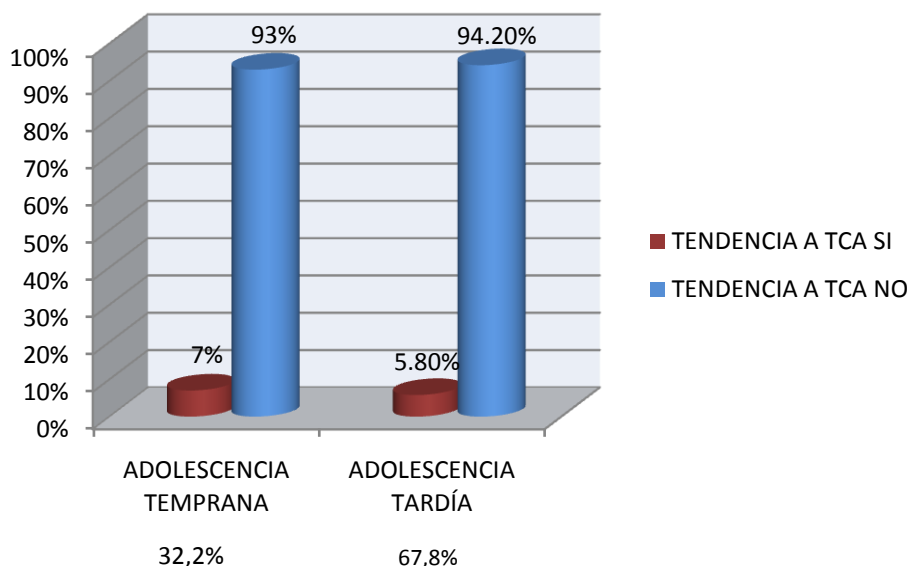


Gráfico 9 Grupo de edad y Tendencia a desarrollar un TCA

Fuente: Entrevistas a estudiantes del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos

Como se observa en el gráfico #8, cuando se correlacionan las variables de grupo de edad con el riesgo de generar un TCA, se encuentra que de los adolescentes que pertenecen a adolescencia temprana (32,2% del total), 4 estudiantes, es decir el 7%, presenta predisposición a desarrollar trastornos de conducta alimenticia.

En el caso de los adolescentes que se encuentran en el grupo de adolescencia tardía, se evidencia que existen 7 personas que presentan esta tendencia, representando el 5,8% del total de estudiantes de este grupo de edad (67,8% del total de la población estudiada).

En la tabla #18 se puede observar que de los 11 estudiantes que presentan predisposición a desarrollar un TCA, 4 (36,4%) pertenecen a adolescencia temprana y 7 (63,6%) a adolescencia tardía.

GRUPO DE EDAD EN ADOLESCENCIA VS PRESENCIA DE RTCA					
			RTCA		Total
			No	Si	
ADOLESCENCIA	Temprana	Recuento	53	4	57
		%en Adolescencia	93,0%	7,0%	100,0%
	Tardía	Recuento	113	7	120
		% en Adolescencia	94,2%	5,8%	100,0%
Total		Recuento	166	11	177
		% en Adolescencia	93,8%	6,2%	100,0%

Tabla 18 Riesgo de Generar un TCA Asociada con el Grupo de Edad en la Adolescencia

Fuente: Entrevistas a estudiantes del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos

No se encontró una asociación estadísticamente significativa, pues se obtuvo una p de 0.76, χ^2 de 0.93, es decir un valor menor al crítico correspondiente a Chi para 1 grado de libertad, y V de Kramer de 0,23 es decir casi no existe asociación entre estas dos variables.

El grupo de edad que presenta mayor tendencia a desarrollar un TCA en el universo en estudio son los adolescentes de 13 años, con un 27,3% del total estudiado. De igual manera, en esta asociación no se encontró una relación estadísticamente significativa; pues se obtuvo un χ^2 de 2,9, P de 0.8 y v de Kramer de 0,1.

IV.1.3.3 Relación entre Tendencia a Generar un TCA y Personalidad.

Al estudiar los rasgos de personalidad presentes en los estudiantes del Colegio Antares, se encontró que de los 11 alumnos con tendencia a generar un TCA, 4 poseen rasgos de personalidad paranoide. Esto representa un 36,4% de los estudiantes con esta personalidad y un 13,8% de los que presentan riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria.

El resto de estudiantes que presentaron la tendencia a generar un TCA, se reparten en rasgos de personalidad depresiva, esquizoide, de evitación, histriónica, límite, narcisista y obsesiva compulsiva; todos con un estudiante para cada rasgo de personalidad. Si bien

estos rasgos de personalidad son los que se detallan en la bibliografía revisada como los más frecuentes en los casos en que existen trastornos de personalidad, o en los estados pre mórbidos de estos²⁸; los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos. Al asociar las dos variables se obtuvo una p de 0,89, χ^2 14,2 para 22 grados de libertad y una V de Kramer de 0,28.

La tabla de contingencia con los detalles de los rasgos de personalidad encontrados y su relación con la tendencia a desarrollar TCA se adjunta en el Anexo VII.

IV.1.3.4 Relación entre Predisposición a Generar un TCA y Alteración de la Percepción Corporal.

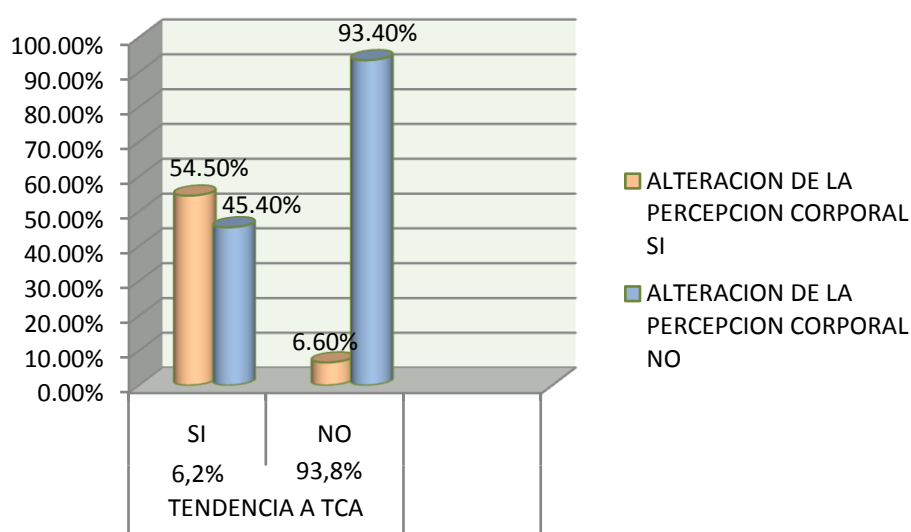


Gráfico 10 Tendencia a desarrollar TCA y Alteración de la Percepción Corporal

Fuente: Entrevistas a estudiantes del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos

Al observar el Gráfico 11, se puede evidenciar que de las personas que no presentaron riesgo de generar un TCA, correspondiente al 93,8% de la muestra evaluada, el 6,6% presenta alteraciones de la percepción de su cuerpo, mientras que del total de personas que presentan riesgo de generar un TCA, que corresponde al 6,2% del universo estudiado, el 54,5% presenta alteración de la percepción corporal.

Esta relación fue estadísticamente significativa con $p = 0,00$ y (V de Kramer = 0,39, lo que determina que existe una asociación baja por ser menor a 1, como se explica en la sección de Plan de Análisis de Datos del Capítulo III.

Al calcular el OR se determinó que las personas que presentan alteraciones de la percepción corporal muestran 16 veces más la tendencia de desarrollar trastornos de conducta alimentaria.

IV.1.3.5 Relación entre Predisposición a Desarrollar un TCA y Estado Nutricional.

A diferencia de las hipótesis planteadas en el estudio, al realizar la asociación del estado nutricional con el riesgo de generar un TCA, se encontró que 10 de los 11 estudiantes que presentaban una tendencia a generar un trastorno alimenticio poseen estados nutricionales normales con pesos dentro de los percentiles 3 a 95. Es decir, solo el 7,4% de los adolescentes que tienen un peso normal presentan tendencia a generar un TCA. Estos resultados no presentaron relevancia estadística: $p \geq 0,05$ y χ^2 de 1,5 y se ven reflejados en el Gráfico 10.

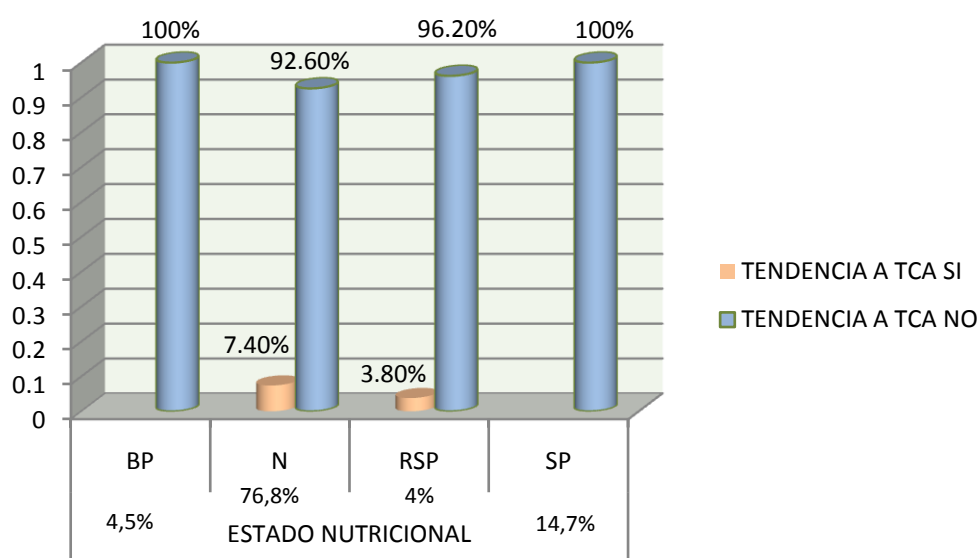


Gráfico 11 Asociación del Estado Nutricional con la Tendencia a Desarrollar un TCA

Fuente: Entrevistas a estudiantes del Colegio Particular Antares del Valle de los Chillos

CAPITULO V

V. DISCUSION

Según lo descrito ampliamente en la literatura especificada, la adolescencia constituye una etapa de transición en la que el individuo, en búsqueda de su propia identidad, se encuentra vulnerable a adquirir una serie de trastornos; dentro de estos se encuentran los trastornos de conducta alimentaria.

Lamentablemente en nuestro país estos trastornos no son considerados como un problema de salud pública; esto se ve reflejado en la ausencia de fuentes confiables de información epidemiológica sobre esta problemática. Además no existen validaciones para población ecuatoriana de los cuestionarios utilizados en este estudio u otros que permitan conseguir esta información. Por lo tanto, la principal limitación que se encontró al realizar este estudio fue la falta de fuentes bibliográficas sobre la prevalencia de este tipo de trastornos en adolescentes en nuestro país, el acceso limitado a cuestionarios modificados o validados para una población como la nuestra y la posibilidad de detectar únicamente tendencia a desarrollar un TCA, más no realizar el diagnóstico o especificar el riesgo que tendría un adolescente de padecer el trastorno. Para esto se requiere de una población diagnosticada de trastornos de conducta alimentaria para realizar un análisis comparativo con la población estudiada.

El analizar la presencia de tendencias a desarrollar trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de este colegio ha permitido generar una mayor atención en el personal del departamento de psicología y medicina para la prevención del desarrollo de estas patologías, constituyendo la principal fortaleza que se puede evidenciar del estudio pues a

raíz del mismo se pueden generar varias actividades docentes en esta institución para la educación de los estudiantes sobre este tipo de enfermedades y sus consecuencias.

Es importante recalcar que la prevalencia general de estudiantes que presentaron tendencia a desarrollar un TCA fue de 6,2%. Este valor fue considerablemente menor en relación a los datos expuestos por el estudio de Albuja (2003), en el que el 18% de estudiantes de colegios de la zona urbana de Quito presentaron síntomas de TCA⁷; de igual forma el estudio realizado por Samaniego (2010) señala que la prevalencia de estudiantes de un colegio particular de Quito con tendencia a desarrollar un TCA fue del 15%, mientras que el 25% de las estudiantes evaluadas presentaron riesgo medio a elevado de desarrollar un trastorno alimenticio². Probablemente los resultados obtenidos en el estudio difieren de los referidos anteriormente debido a la población estudiada, pues tanto el estudio de Samaniego, como el de Albuja evaluaron exclusivamente sujetos de sexo femenino. Al comparar resultados de países vecinos, como Argentina, donde se han realizado estudios para poblaciones mixtas, se puede evidenciar que los valores encontrados en este estudio son bastante similares a los reportados en ese país, pues según la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) el 4% de adolescentes sufre alguno de estos trastornos alimenticios³.

Entre los resultados obtenidos en relación al género y tendencia a desarrollar un TCA en la presente investigación, destaca una mayor proporción de mujeres con riesgo para desarrollar uno de estos trastornos. Del 6,2 % de la población con tendencia a generar un trastorno, el 72,7% son mujeres y el 27,3% restante varones con un OR de 3,3; es decir las mujeres entrevistadas en el estudio presentan 3,3 veces más tendencia a desarrollar un TCA que los varones. A pesar de que esta asociación no fue estadísticamente significativa, estos resultados coinciden con los obtenidos por Reyna S. et.al. (2012) en México. En su

estudio, el autor señala que el género femenino constituyó uno de los principales factores de riesgo para desarrollar un TCA en adolescentes pues las mujeres estudiadas presentaron 1, 74 veces más riesgo de desarrollar un TCA que los varones.⁵

Resultados similares se mencionan en el estudio de Nuño B. et al también en México en el año 2009, en el que el 2,8% de los hombres y el 10,3% de las mujeres de la población estudiada presentaron tendencia a desarrollar trastornos de conducta alimentaria.²⁸

En relación a los grupos de edad, al analizar datos de los adolescentes que tienen riesgo de desarrollar un TCA, se observó que de los 11 estudiantes que presentan esta predisposición, 4 (36,4%) pertenecen a la adolescencia temprana y 7(63,6%) a adolescencia tardía. Estos datos son bastante similares a la bibliografía examinada en países vecinos como Colombia, donde un estudio realizado por Rodríguez J (2005), determinó que la tendencia a desarrollar trastornos de conducta alimentaria fue estadísticamente significativa en adolescentes mayores de 15 años y en cursos superiores a 9no de básica. Así mismo, la Guía Clínica para los TCA elaborada por Unikel et. Al. en México⁵ afirma que los casos se encuentran con mayor frecuencia durante la adolescencia tardía. A pesar de todo esto, no se encontró una asociación estadísticamente significativa. ($p= 0.76$).

Al evaluar el promedio de edad en el que se presentó la tendencia a desarrollar un TCA en el grupo estudiado se pudo determinar que la edad media para esta variable son los 14 años. Valor similar al referido Unikel et. al. (2010) en la Guía Clínica para los Trastornos de Conducta Alimentaria⁵, que señala que los grupos de edad que presentan con mayor frecuencia TCA son los 14 y 18 años.

Se considera que los rasgos de personalidad pueden ser un factor determinante para generar un trastorno de conducta alimentaria. Los rasgos de personalidad de mayor

prevalencia encontrados en la muestra estudiada fueron: obsesivo-compulsivo (27,7%), paranoide (16,4%), esquizoide (11,9%), pasivo-agresivo (9,6%) y narcisista (9%). Cuando se asociaron características de personalidad con el riesgo de generar un TCA en esta investigación, se encontró que el 36,4% de la población con tendencia a generar un trastorno alimentario presentó personalidad paranoide. El resto de estudiantes que presentaron esta tendencia a desarrollar un TCA se reparten en rasgos de personalidad depresiva, esquizoide, de evitación, histriónica, límite, narcisista y obsesiva compulsiva, todos con la distribución de un estudiante (0,6%) para cada rasgo de personalidad. Si bien la mayoría de estos rasgos de personalidad son los que se detallan en la bibliografía revisada como los más frecuentes en forma de trastornos de personalidad o en estados pre mórbidos de estos³¹, los resultados no fueron estadísticamente significativos ($p=0,89$, χ^2 14,2 para 22 grados de libertad y V de Kramer de 0,28). Probablemente este resultado se vio influenciado por el tamaño relativamente pequeño de la muestra y la gran dispersión en cuanto a los rasgos de personalidad existentes en la misma.

Un factor a destacar del análisis de este estudio consiste en que en efecto, la imagen corporal comprende un factor fundamental para la predisposición de generar un TCA. Así se tiene que de la población investigada, el 9,6% presenta distorsión de la percepción corporal; y que de los individuos con tendencia a generar un TCA, el 54,5% presentó algún tipo de distorsión de la percepción corporal. Esta relación fue estadísticamente significativa con una p de 0 y V de Kramer de 0.39. Estos resultados son similares a los obtenidos por Gardner (2000)²⁹, en su estudio realizado en niños y adolescentes entre 6 a 14 años en EEUU. En él se determinó que para las adolescentes un tamaño corporal percibido como más grande de lo real era predictor del desarrollo de un TCA. De igual manera, el estudio realizado por Davids et al (2000) en adolescentes canadienses confirmó la asociación entre

el atractivo corporal y la preocupación ponderal. Según este autor, ambas representaron riesgo para el desarrollo de patologías alimentarias.³⁰

Es importante destacar que al evaluar la correlación entre el estado nutricional y la tendencia a desarrollar un TCA se evidenciaron grandes diferencias en relación a la literatura consultada. De acuerdo al estudio de trastornos del hábito del comer realizado por Behar et. al. en Chile en el año 2007¹⁹, el 41% de adolescentes con sobrepeso presentaron riesgo de desarrollar un TCA; en contraste, los resultados de este estudio demuestran que ninguno de los individuos con sobrepeso presentó tendencia a desarrollar un TCA y que únicamente el 3,8% de individuos con riesgo de sobrepeso presentó un EAT positivo para predisposición a desarrollar un trastorno alimentario.

CAPITULO VI

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

VI.1 CONCLUSIONES

1. El 6,2% de los adolescentes evaluados en el estudio presentaron tendencia a desarrollar un TCA, de ellos 8 fueron mujeres (72,7%) y 3 varones (27,3%). A pesar de que los resultados encontrados en este estudio en relación al género demostraron que en efecto existen más casos de género femenino que masculino con tendencia a desarrollar un trastorno alimenticio, los resultados no fueron estadísticamente significativos. ($p = 0.07$, $\chi^2 = 3,28$ y la V de Kramer 0.1), por lo que no se puede afirmar que exista una clara correlación entre estas dos variables.
2. Cuando se evaluó el promedio de edad en el que se presentó la tendencia a desarrollar un TCA, se pudo determinar que la edad media para esta variable son los 14 años.
3. Tras el análisis de rasgos de personalidad en estudiantes entre 12 a 19 años del Colegio Particular Antares se encontró que el más prevalente fue el obsesivo compulsivo con un 27,7% (49 individuos), seguido de paranoide 16,4% (29 individuos) y esquizoide 11,9% (21 individuos). Del total de la muestra analizada, 11 estudiantes (6,2%) presentaron tendencia a generar un TCA, de ellos 4 presentaron rasgos de personalidad paranoide. Esto representa un 13,8% de los estudiantes con esta personalidad y un 36,4% de los que presentan riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria. El resto de estudiantes que presentaron la tendencia a generar un TCA se reparten en rasgos de personalidad depresiva,

esquizoide, de evitación, histriónica, límite, narcisista y obsesiva compulsiva, todos con la distribución de un estudiante para cada rasgo de personalidad.

4. De acuerdo a esta investigación no existe una asociación de rasgos de personalidad con la tendencia a desarrollar un TCA pues no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos (p de 0,89, χ^2 14,2 para 22 grados de libertad y una V de Kramer de 0,28), sin embargo es probable que esto se deba al tamaño muestral y el diseño del estudio.
5. En relación a la percepción corporal, se encontró que 17 estudiantes, es decir el 9,6%, presenta insatisfacción corporal, mientras que el 10,2% (18 estudiantes) presenta preocupación por su peso. El análisis de la relación entre variables “Tendencia a generar un TCA” y “Percepción corporal” se estableció que este es un factor que influye en el desarrollo de un TCA, pues del total de personas que presentaron riesgo de generar un TCA (6,2% del universo estudiado), el 54,5% presenta alteración de la percepción corporal. Esta relación fue estadísticamente significativa con una P de 0,00 y una V de Kramer de 0,39. Adicionalmente se pudo determinar que las personas que presentan alteraciones de la percepción corporal presentan 16,9 veces más tendencia a desarrollar trastornos de conducta alimentaria.
6. Cuando se analizó la correlación entre “estado nutricional” y “tendencia a desarrollar un TCA” se demostró que ninguno de los individuos con sobrepeso presentó tendencia a desarrollar un TCA y que únicamente el 3,8% de individuos con riesgo de sobrepeso presentó un EAT positivo para predisposición a desarrollar un trastorno alimentario. Adicionalmente, se encontró que el mecanismo más utilizado para controlar el peso en los estudiantes con tendencia a desarrollar un

TCA es la dieta ya que el 90,9% la practican (10 individuos). Se encontró además 1 individuo que recurre al control oral (control del tamaño de las porciones ingeridas y de la masticación de los alimentos) dentro de este grupo, correspondiente al 9,1% restante. En este grupo 8 estudiantes (72,7%) fueron de género femenino, quienes en el 100% prefieren la dieta para controlar su peso y 3 estudiantes (27,3%) de género masculino, quienes recurren a la dieta en el 66,7% (2 estudiantes) y control oral 33,3% (1 estudiante).

VI.2 RECOMENDACIONES

1. La educación para la prevención de los trastornos de conducta alimentaria es fundamental, tanto en el ámbito escolar como familiar; por lo tanto, se recomienda realizar talleres educativos sobre requerimientos nutricionales, riesgo nutricional, factores protectores y de riesgo para el adolescente, identificación de síntomas característicos y consecuencias clínicas de estos trastornos; tanto para docentes como para padres de familia y adolescentes.
2. Este estudio demostró la influencia de la percepción corporal como un factor desencadenante para el desarrollo de TCA. Por lo tanto se recomienda evaluar el impacto que ha tenido la influencia mediática y cultural sobre el autoestima y los conceptos del ideal corporal y de belleza de los adolescentes de la institución educativa, para que partiendo de esta información se puedan reforzar conceptos de corporalidad, autoestima y auto respeto en los mismos.
3. El diagnóstico oportuno de un trastorno de conducta alimentaria constituye un factor de buen pronóstico en la resolución completa de este tipo de patologías, por lo tanto la aplicación de tests preventivos de manera regular, especialmente el EAT

26, sería recomendable como un método de detección temprana y apoyo familiar por parte de la institución educativa.

4. La ausencia de cuestionarios adaptados para la población ecuatoriana y la inexistencia de versiones específicas para adolescentes, es un factor fundamental dentro de los resultados de este estudio. En varias ocasiones los sujetos más jóvenes de la investigación (8vo de básica) requirieron definición de términos. Al no estar claros los ítems de los cuestionarios, existe la posibilidad de obtener respuestas poco veraces, y que generen sesgos en el estudio. Por otro lado, la realización de una investigación similar en un tamaño muestral de mayores proporciones puede arrojar resultados que confirmen los datos obtenidos en este estudio pero que no pudieron ser comprobados fehacientemente por medio de pruebas estadísticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ta ed. Washington D.C. 1994. pp. 533.
2. Samaniego M. Detección De Riesgo Para Adquirir Trastornos De La Conducta Alimentaria Mediante La Aplicación Del Instrumento Eat-40 Y Su Relación Con El IMC en Mujeres Adolescentes De La Unidad Educativa Experimental “La Dolorosa”, de la ciudad de Quito, en el Período de Octubre d Diciembre De 2010, Disertación de Grado Previa a La Obtención Del Título De Licenciada En Nutrición Humana [Tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina; 2011.
3. Asociación de Lucha Contra la Bulimia y la Anorexia ALUBA [homepage en internet].Argentina:ALUBA;2013[actualizada junio 2013, consultado junio de 2013].Disponible en: <http://www.aluba.org.ar/aluba/fr-aluba.html>
4. Cassin S, von Ranson K. Personality and eating disorders: A decade in review. Clin Psychol Rev[revista en línea]2005 [consultado junio de 2013]; 25(7): [895-916] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735805000899>
5. Unikel C, Caballero A. Guía Clínica para los Trastornos de Conducta Alimentaria. [libro en línea].México: Editores S Berenzon, J del Bosque, J Alfaro, Me Medina. Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.);2010[consultado junio 2013] Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_alimentacion.pdf

6. Nuño Gutierrez Bertha. Prevalencia y factores asociados a conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. RIC Revista de Investigación Clínica [serie en internet]. 2013[acceso junio 2013]; 61(4): 286-293. Disponible en:
http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_ADM/Prevalencia%20y%20factores.pdf
7. Albuja M, Mogollón I. Trastornos de Conducta Alimentaria en Mujeres Adolescentes: Estudio Realizado en Colegios de Quito Zona Urbana, Disertación para la obtención del Título de Médico Cirujano [tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina; 2003.
8. Dulanto E. El Adolescente. 1ª ed. México DF: Mc Graw Hill Interamericana; 2000.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención en Salud Integral: Módulo 5, Adolescencia, mujer y hombre de 10 a menos de 20 años.[Guía en línea] Guatemala: Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas (DRPAP);[consultado julio 2013]; 2010. Disponible en:
[http://www.mspas.gob.gt/libreacceso/images/stories/datos/2012/diciembre/Manual%20de%20Normas%20de%20Atenci%C3%B3n%20\(numeral%206\).pdf](http://www.mspas.gob.gt/libreacceso/images/stories/datos/2012/diciembre/Manual%20de%20Normas%20de%20Atenci%C3%B3n%20(numeral%206).pdf).
10. Caballo V. Conceptos Actuales Sobre Trastornos de la Personalidad. En: Caballo V, editor. Manual de Trastornos de la Personalidad Descripción, Evaluación y tratamiento. 1ª ed. Madrid. España: Editorial Síntesis; 2004. p 25-47.
11. Avia Maria. Allport. En: Personalidad aspectos cognitivos y sociales. 1ª ed. Madrid España: Editorial Pirámide; 1995. p. 200-221.
12. Avia M. Cattell y los Cinco Grandes. En: Personalidad aspectos cognitivos y sociales. 1ª ed. Madrid España: Editorial Pirámide; 1995. p. 233-263.

13. Caballo V, Guillen J, Salazar I, Estilos. Rasgos y trastornos de personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. Granada España Revista Psico [serie en internet]. Jul 2009. [acceso consultado 25/03/13] 40 (3):319-327. Disponible en: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/6598/4799>
14. Antuña M, Cano F, García J. Bloque II, Tema II Modelos Teóricos en Psicología de la Personalidad. En: Teorías de la Personalidad Curso 2008-2009. Sevilla. España: Universidad de Sevilla, Departamento de Personalidad, Evaluación y tratamiento Psicológicos; 2008. p. 3-5.
15. Gautier R, Boeere G. Teorías de la Personalidad Una Selección de los Mejores Autores del Siglo XX. Traducción al español. 1ª ed. Editorial UNIBE: 2006.
16. American Pshychiatric Association. Manual de Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales DSM. 4a ed. texto revisado. Barcelona, España: Editorial Masson; 2000.
17. N Merchant, A Monchablon. Trastornos de la alimentación. En: López A, Vieitez A, editores. Tratado de Psiquiatría, Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP). 1era Edición. Buenos Aires. Editorial Grupo Guía. 2005. p. 747-761.
18. Elliot L. Anorexia y bulimia: consejos para detectarlas y evitarlas. 1era Edición. México. Editorial Planeta Mexicana.2003
19. R Behar, G Figueroa. Trastornos de la Conducta Alimentaria, Clínica y Epidemiología. En: Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2da Edición. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo. 2010.

20. R Behar, G Figueroa. Genómica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: Silva H, editor. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2da Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2010. p. 69-74.
21. Bulik C, Sullivan P, Epstein L, McKee M, et al. Drug use in women with anorexia and bulimia nervosa. *Int J Eating Disorders*. 1992; 11:214-225.
22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
23. R Behar, G Figueroa. Aspectos Psiconeuroendocrinológicos de la Anorexia Nerviosa. En: Gómez D, Alomar R, Fuentes I, editores Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2da Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2010. p. 54-68.
24. R Behar, G Figueroa. La imagen corporal en los trastornos alimentarios: Evaluación y aspectos clínicos. En: Behar R, editora. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2da Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2010. p. 191-205.
25. Valdivia M, Condeza Ma. Alimentación y autonomía en la Adolescencia. En: Cordella P, editora. *Psiquiatría del Adolescente*. 1era Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2006. p. 225-254.
26. Castrillon D, Montaña I, Avedaño G, Pérez A. Validación del Body Shape Questionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*. 2007, 10 (001):15-23.

27. R Behar, G Figueroa. Trastornos de personalidad y trastornos de conducta alimentaria. En: Behar R, editora. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2da Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2010. p. 95-118.
28. Nuño B, Celis de la Rosa A, Unikel C. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. Rev Invest Clin. 2009; 61(4): 286-293.
29. Gardner R, Stark K, Friedman B, Jackson N. Predictors of eating disorder scores in children ages 6-14. J Psychosom Res. 2000; 49(3): 199-205.
30. Davids C, Crandge G, Fox J. Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. Int J Eat Disord. 2000; 27(1):67-73.
31. Jauregui I, Santiago M, Estebares S. Trastornos de conducta alimentaria y personalidad, un estudio con el MCM-II. Aten Primaria. 2009; 41(4):201-206.
32. Organización Mundial de la Salud. [Página principal en internet]. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; c2013 [actualizado 2007, citado septiembre 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/growthref/>
33. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda A, Muñoz P. Trastornos del Comportamiento Alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública. 2003. pp 60.
34. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia, La adolescencia una época de oportunidades. Nueva York: UNICEF, 2011.
35. Guyton A, Hall J. Tratado de Fisiología Médica. 2 vols. 11ª ed. España: Elsevier, 2006.
36. Aiken L. Evaluación de la personalidad: Orígenes Aplicaciones y Problemas, En: Test psicológicos y evaluación. 11ª ed. México: Editorial Pearson Educación, 2003.

37. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda A. Trastornos del comportamiento alimentario: prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la comunidad de Madrid. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2003.

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
EDAD	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento	Proporción. Rango Promedio Desviación estándar.	Escala	Tipo
			Adolescencia Temprana : 10 años a 14 años Adolescencia Tardía : 15 a 19 años	Ordinal
SEXO	Condición orgánica que distingue hombre de mujer	Proporción	Femenino Masculino	Nominal
CURSO	Periodo correspondiente al año lectivo	Proporción	Básico : 8vo, 9no, 10mo Bachillerato : 1ero, 2do, 3ero	Ordinal
TENDENCIA A DESARROLLAR UN TRASTORNO ALIMENTARIO SEGÚN EATING ATTITUDES TEST 26 (EAT-26)	El EAT-26 realiza un screening de la tendencia a desarrollar trastornos de conducta alimentaria. Consta de 3 sub escalas: 1 dieta, 2 bulimia y preocupación por la comida, 3 control oral.	Proporción	Si : Puntaje del test ≥ 20 No : Puntaje del test < 20	Nominal
ESTILO DE PERSONALIDAD SEGÚN EL CUESTIONARIO EXPLORATORIO DE PERSONALIDAD (CEPER)	Organización y clasificación de rasgos que marcan una tendencia por actuar o pensar de determinada manera. CEPER evalúa los 14 estilos de personalidad propuestos por algunas ediciones del DSM.	Proporción	Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Limite, Evitación, Dependencia, Obsesivo-compulsivo Pasivo Agresivo Autodestructivo Depresivo Sádico. El puntaje más alto de un estilo	Nominal

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
			determina el más prevalente en cada individuo.	
ESTADO NUTRICIONAL	Estimación de la masa corporal que utiliza la talla y el peso (IMC) de acuerdo a las tablas de crecimiento de la OMS para adolescentes. Esta variable se evaluará con el fin de complementar la información necesaria para la interpretación del EAT-26.	Proporción	Hombres y Mujeres de 5-19 años: Sobre percentil 97: Sobrepeso Percentil 97-85: Riesgo de sobrepeso Percentil 85-3: Normopeso Bajo el Percentil 3: Bajo peso	Ordinal
DISTORSIÓN DE PERCEPCIÓN DE LA FORMA CORPORAL SEGÚN EL BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)	Insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo. El BSQ evalúa dos factores que comprenden insatisfacción corporal y preocupación por el peso.	Proporción	Insatisfacción corporal: positivo > 59 puntos. Preocupación por el peso: positivo > 54 puntos. Distorsión percepción de la forma corporal: Insatisfacción corporal + Preocupación por el peso, positivo con puntaje > 112.	Nominal

ANEXO II

CUESTIONARIOS APLICADOS EN EL ESTUDIO

CUESTIONARIO EXPLORATORIO DE LA PERSONALIDAD (CEPER)
(Caballo, 1997)

Responde por favor a las siguientes preguntas contestando con un aspa (X) en la **hoja de respuestas** que se adjunta el grado en que cada uno de los siguientes comportamientos, pensamientos o sentimientos son característicos o propios de ti, de acuerdo con la puntuación que se indica:

- 0 = Nada característico de mí
- 1 = Muy poco característico de mí
- 2 = Poco característico de mí
- 3 = Moderadamente característico de mí
- 4 = Bastante característico de mí
- 5 = Muy característico de mí
- 6 = Totalmente característico de mí

La información del cuestionario es absolutamente confidencial, y sólo se utilizará con fines de investigación.

1. Suelo pensar con frecuencia que los demás se van a aprovechar de mí o me van a hacer daño.
2. Las relaciones interpersonales y familiares son una complicación y un estorbo.
3. Me pongo nervioso/a cuando la gente cuchichea, porque es muy probable que estén hablando de mí.
4. Hago cualquier cosa para conseguir lo que quiero, aunque no cumpla la ley.
5. Me siento profundamente afectado cuando pienso que una persona cercana a mí podría abandonarme o rechazarme.
6. Cuando no soy el centro de la atención, me siento bastante molesto/a.
7. Pienso que tengo más cualidades y capacidades que la mayoría de las personas.
8. Me asustan los trabajos que suponen una gran cantidad de contacto con la gente.
9. Me causa gran malestar tomar decisiones, por pequeñas que sean, sin antes haber consultado con otros.
10. Lo más importante para mí es seguir un procedimiento y un orden estricto a la hora de hacer las cosas.
11. Cuando otros me mandan o me piden alguna cosa, siempre acabo haciendo lo que yo quiero.
12. Al final siempre termino relacionándome con personas que me tratan mal.
13. Ninguna actividad me llena como para olvidar el desánimo y el abatimiento.
14. Si la gente me molesta, la suelo criticar duramente.
15. Me es muy difícil confiar en la gente, incluso en las personas más cercanas a mí.
16. Prefiero las actividades que puedo realizar yo solo/a.
17. Creo que tengo poderes especiales que los demás ni se imaginan.
18. Mentir y engañar está bien mientras no te cojan.
19. Cuando empiezo una relación, suelo entusiasmarme mucho al principio, pero me decepciono rápidamente.
20. Muy frecuentemente me comporto con los demás de forma seductora.

21. A menudo tengo fantasías en las que me veo como una persona de gran éxito o un individuo muy especial.
22. Me sería difícil mantener un trabajo que suponga estar en contacto con la gente casi todo el tiempo.
23. Ante decisiones importantes en mi vida, me siento más seguro/a si alguien decide por mí.
24. Pongo tanto interés en que las cosas salgan perfectas que en ocasiones no consigo terminarlas.
25. Pienso que si hago exactamente lo que me piden, perderé mi libertad.
26. Suelo meterme en situaciones de las que salgo mal parado/a.
27. Pienso muy frecuentemente que no valgo para nada.
28. En las relaciones con mi familia o amigos/as suelo ser bastante violento/a.
29. Considero que siempre hay que tener mucho cuidado con lo que contamos a los otros porque muy probablemente lo usarán en nuestra contra.
30. No me interesan las relaciones sexuales.
31. Siento, veo u oigo cosas un poco extrañas que otros no sienten, ven u oyen.
32. Las promesas o los compromisos son para que los cumplan los demás, pero no yo.
33. En la relación con los demás, sé que al final, cuando conozcan cómo soy, me abandonarán.
34. Suelo manifestar cómo me siento muy rápidamente.
35. Siento que sólo las personas especiales pueden comprenderme o apreciar mejor mis cualidades.
36. No me relaciono con gente desconocida o poco conocida a menos que esté seguro/a de caerle bien.
37. Temo perder el apoyo de los demás si manifiesto que no estoy de acuerdo con ellos.
38. Es importante dedicar todo mi tiempo a mis obligaciones; las diversiones son secundarias.
39. Hay mucha gente que me saca de quicio.
40. Cuando logro algo por lo que he luchado, en lugar de sentirme satisfecho/a y aliviado/a, me siento culpable o deprimido/a.
41. De siempre he criticado mi forma de pensar y actuar.
42. Suelo decir cosas crueles a los demás sólo para hacerles infelices.
43. Observo con mucha frecuencia que los demás suelen tener intenciones ocultas en todo lo que hacen.
44. Hay muy pocas actividades con las que disfruto realmente.
45. La gente me suele decir que me voy por las ramas cuando hablo.
46. Cuando deseo algo, intento conseguirlo inmediatamente sin pensar en las consecuencias.
47. Tengo una gran confusión sobre quién soy y qué es lo que quiero en la vida.
48. Preferiría algunos cambios en mi vida.
49. Creo que soy una persona digna de admiración y los demás deberían reconocerlo.
50. Me es difícil establecer nuevas relaciones.
51. Siento que no tengo capacidad para iniciar proyectos por mí mismo/a.
52. Considero que sólo hay una forma de hacer las cosas bien y no hacerlo así es un desastre.
53. Creo que los superiores se aprovechan siempre de la autoridad que les da su posición para manipular a su antojo a los demás.

54. No puedo evitar molestar a los demás, pero después, al ver su reacción, siempre me siento fatal.
55. Toda mi vida he estado preocupándome por cualquier cosa.
56. Cuando alguien está bajo mis órdenes y no las cumple, le castigo con gran dureza.
57. Tardo mucho en perdonar a las personas que me han insultado o herido.
58. No hago ningún intento por crear y/o mantener relaciones de amistad con la gente que me rodea.
59. Cuando la gente hace algo, siempre lleva una segunda intención.
60. Me enfurezco muy frecuentemente, y acabo peleándome en numerosas ocasiones.
61. Cuando me siento mal, suelo hacer cosas que no puedo controlar y de las que luego me arrepiento.
62. Paso rápidamente de una emoción a otra.
63. Cuando voy a pedir algo, espero un trato especial.
64. Incluso en una relación íntima, me guardo los pensamientos y sentimientos porque temo que él/ella se burle de mí.
65. Haría cualquier cosa por los demás, incluso cosas que no me gustan, para no perder su apoyo.
66. Soy incapaz de tirar nada, nunca se sabe si me podrá hacer falta.
67. Pienso que la gente no se merece la suerte que tiene.
68. No me lo suelo pasar bien en situaciones que se suponen divertidas.
69. Suelo criticar y llevar la contraria a los demás.
70. Disfruto cuando veo sufrir a los animales o a las personas.
71. Hay que estar siempre atento/a y preparado/a para defenderse de los ataques de los demás.
72. A veces tengo aspiraciones que son poco realistas.
73. Suelo expresar mis emociones en momentos poco adecuados.
74. Suelo hacer las cosas sin pensar en los riesgos para mí o para los demás.
75. Tengo o he tenido comportamientos autodestructivos (intentos de suicidio o hacerme daño físico de algún modo).
76. Suelo utilizar mi aspecto físico para llamar la atención.
77. Gracias a mí, los demás han conseguido grandes cosas.
78. En las relaciones íntimas no me muestro tal como soy.
79. Cuando estoy solo/a, me siento desamparado/a.
80. Para que las cosas salgan bien siempre tengo que hacerlas yo, porque los demás no ponen el mismo interés.
81. Siento que en mi vida me rodea la mala suerte y no puedo hacer nada para evitarlo.
82. Me cuesta mejorar a nivel personal o profesional, aunque suelo ayudar a los demás a que consigan sus objetivos.
83. Generalmente tiendo a ver el lado negativo de las cosas.
84. No me importa mentir aunque cause daño a otras personas.
85. Muy a menudo busco pruebas de que mi pareja o la persona con la que salgo me es infiel.
86. Me molesta cuando la gente habla mal de mí.
87. La forma como visto suele parecerle bastante extraña a los demás.
88. Siempre que puedo, intento no pagar el dinero que me han prestado.
89. Ante determinadas situaciones, siento emociones intensas y que cambian con facilidad (depresión, ira, ansiedad).
90. Cuando hablo, intento que los demás se queden impresionados.

91. Tengo la capacidad de convencer a los demás y conseguir lo que me propongo.
92. Cuando estoy con gente, me preocupa mucho que me rechazen o me critiquen.
93. Si una relación importante se termina, necesito encontrar otra rápidamente.
94. Siempre trato de gastar el mínimo dinero por si alguna vez me hace falta.
95. Pienso que los demás no me comprenden e incluso me menosprecian.
96. La gente que me trata muy bien me resulta aburrida y poco interesante.
97. Todo me hace sentir culpable o con remordimiento.
98. Bastantes personas hacen lo que yo les digo porque me tienen miedo.
99. Nunca olvido los insultos ni el ridículo que alguien me haya hecho pasar.
100. Cuando alguien me alaba, nunca le presto atención.
101. No tengo amigos/as en quienes confiar, sólo dispongo de mi familia.
102. Si la gente no sabe cuidarse de sí misma, es su problema, a mí no me importa.
103. Habitualmente me siento vacío/a.
104. La vida es un teatro y yo soy el/la protagonista.
105. No necesito ponerme en el lugar de los demás para saber cómo se sienten.
106. Frecuentemente pienso que no voy a saber de qué hablar con alguien a quien acabo de conocer.
107. Algunas veces me apetece más salir que otras.
108. Las normas es lo que determina el éxito de una empresa.
109. No se me da bien hacer las cosas cuando me obligan, de modo que las suelo retrasar hasta el último momento.
110. Suelo hacer favores o sacrificios por los demás, aunque ellos no me lo pidan.
111. Desde niño/a he tenido frecuentes pensamientos de tristeza.
112. Con frecuencia controlo a la fuerza gran parte del comportamiento de mi pareja y/o mis amigos/as.
113. Frecuentemente pienso que mis amigos/ as o compañeros/as no son tan leales como me gustaría que fuesen.
114. No soy capaz de sentir emociones fuertes.
115. Suelo estar tenso/a y en guardia cuando estoy con gente, incluso aunque sea conocida.
116. Si saco provecho de mi comportamiento aunque moleste a los demás, no dejaré de hacerlo.
117. Frecuentemente me invaden intensos sentimientos de rabia e ira que no puedo controlar.
118. Frecuentemente tomo en cuenta lo que me dicen.
119. Es muy difícil que me afecten los sentimientos de los demás.
120. Pienso que no soy tan interesante o divertido/a como los demás.
121. Me obsesiona la idea de que me abandonen y tenga que cuidar de mí mismo/a.
122. Soy incapaz de cambiar mis planes.
123. Me molestan mucho las personas que piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
124. Suelo elegir amigos/as que terminan maltratándome.
125. Me gusta que las cosas me salgan bien.
126. Me gustan mucho las películas violentas, las armas y las artes marciales.
127. Tengo mucho cuidado de no contar cosas mías porque otras personas se pueden aprovechar de mí.
128. Las situaciones que afectan a los demás a mí me dejan indiferente.
129. Suelo tener pensamientos extraños de los que me gustaría librarme.

- 130.** Realmente soy más inteligente que los demás.
- 131.** En momentos muy tensos actúo como si no fuera yo, como si estuviera en un sueño, y luego no lo recuerdo bien.
- 132.** Considero que tengo muchos/as amigos/as íntimos/as.
- 133.** Tengo la sensación de que siempre que la gente me critica lo que sucede es que me envidia.
- 134.** Creo que un/a desconocido/a atractivo/a nunca se fijará en mí.
- 135.** Cuando estoy solo/a, creo que no voy a saber cuidar de mí mismo/a.
- 136.** Soy una persona muy organizada.
- 137.** Si realmente no quiero hacer algo, por más que me lo pida el/la profesor/a o mis padres, no lo voy a hacer o lo voy a hacer mal a propósito.
- 138.** Cuando alguien se preocupa realmente por mí, pierdo enseguida el interés por esa persona.
- 139.** Desde hace mucho tiempo me encuentro triste y desanimado/a.
- 140.** Con frecuencia suelo conseguir que la gente se enfade.
- 141.** Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo/a.
- 142.** Mi satisfacción es lo primero.
- 143.** En momentos de tensión he llegado a pensar que los demás hablaban o se reían de mí o querían hacerme daño.
- 144.** Cuando una reunión se está poniendo aburrida, me es fácil animarla.
- 145.** A la gente hay que imponerle a la fuerza el respeto por uno.
- 146.** Evito realizar actividades nuevas por temor a que no resulten bien.
- 147.** Suelo estar dispuesto a ceder ante los demás, aunque no esté de acuerdo con ellos, porque temo que se enfaden o no me acepten.
- 148.** Habitualmente me siento culpable.
- 149.** Desde pequeño he estado, a menudo, metido en peleas.
- 150.** No me gusta hacer cosas que no haya hecho nunca porque puedo quedar en ridículo.

HOJA DE RESPUESTAS

(Cuestionario exploratorio de la personalidad, CEPER; Caballo, 1997)

Código:

Edad:

Sexo: Masculino

Femenino

Fecha:

Responde señalando con un aspa (X) en la casilla correspondiente el grado en que cada uno de los comportamientos, pensamientos o sentimientos incluidos en el cuestionario son característicos o propios de ti, siguiendo la siguiente puntuación:

0 = Nada característico de mí

1 = Muy poco característico de mí

2 = Poco característico de mí

3 = Moderadamente característico de mí

4 = Bastante característico de mí

5 = Muy característico de mí

6 = Totalmente característico de mí

Por favor, cuando hayas terminado, repasa esta hoja de respuestas de modo que no dejes ningún ítem sin contestar.

Ítem n.º

Puntuación

1	0	1	2	3	4	5	6
2	0	1	2	3	4	5	6
3	0	1	2	3	4	5	6
4	0	1	2	3	4	5	6
5	0	1	2	3	4	5	6
6	0	1	2	3	4	5	6
7	0	1	2	3	4	5	6
8	0	1	2	3	4	5	6
9	0	1	2	3	4	5	6
10	0	1	2	3	4	5	6
11	0	1	2	3	4	5	6
12	0	1	2	3	4	5	6
13	0	1	2	3	4	5	6
14	0	1	2	3	4	5	6
15	0	1	2	3	4	5	6
16	0	1	2	3	4	5	6
17	0	1	2	3	4	5	6
18	0	1	2	3	4	5	6

Ítem n.º

Puntuación

19	0	1	2	3	4	5	6
20	0	1	2	3	4	5	6
21	0	1	2	3	4	5	6
22	0	1	2	3	4	5	6
23	0	1	2	3	4	5	6
24	0	1	2	3	4	5	6
25	0	1	2	3	4	5	6
26	0	1	2	3	4	5	6
27	0	1	2	3	4	5	6
28	0	1	2	3	4	5	6
29	0	1	2	3	4	5	6
30	0	1	2	3	4	5	6
31	0	1	2	3	4	5	6
32	0	1	2	3	4	5	6
33	0	1	2	3	4	5	6
34	0	1	2	3	4	5	6
35	0	1	2	3	4	5	6
36	0	1	2	3	4	5	6

Ítem n.º	Puntuación						
37	0	1	2	3	4	5	6
38	0	1	2	3	4	5	6
39	0	1	2	3	4	5	6
40	0	1	2	3	4	5	6
41	0	1	2	3	4	5	6
42	0	1	2	3	4	5	6
43	0	1	2	3	4	5	6
44	0	1	2	3	4	5	6
45	0	1	2	3	4	5	6
46	0	1	2	3	4	5	6
47	0	1	2	3	4	5	6
48	0	1	2	3	4	5	6
49	0	1	2	3	4	5	6
50	0	1	2	3	4	5	6
51	0	1	2	3	4	5	6
52	0	1	2	3	4	5	6
53	0	1	2	3	4	5	6
54	0	1	2	3	4	5	6
55	0	1	2	3	4	5	6
56	0	1	2	3	4	5	6
57	0	1	2	3	4	5	6
58	0	1	2	3	4	5	6
59	0	1	2	3	4	5	6
60	0	1	2	3	4	5	6
61	0	1	2	3	4	5	6
62	0	1	2	3	4	5	6
63	0	1	2	3	4	5	6
64	0	1	2	3	4	5	6
65	0	1	2	3	4	5	6
66	0	1	2	3	4	5	6
67	0	1	2	3	4	5	6
68	0	1	2	3	4	5	6
69	0	1	2	3	4	5	6
70	0	1	2	3	4	5	6
71	0	1	2	3	4	5	6

Ítem n.º	Puntuación						
72	0	1	2	3	4	5	6
73	0	1	2	3	4	5	6
74	0	1	2	3	4	5	6
75	0	1	2	3	4	5	6
76	0	1	2	3	4	5	6
77	0	1	2	3	4	5	6
78	0	1	2	3	4	5	6
79	0	1	2	3	4	5	6
80	0	1	2	3	4	5	6
81	0	1	2	3	4	5	6
82	0	1	2	3	4	5	6
83	0	1	2	3	4	5	6
84	0	1	2	3	4	5	6
85	0	1	2	3	4	5	6
86	0	1	2	3	4	5	6
87	0	1	2	3	4	5	6
88	0	1	2	3	4	5	6
89	0	1	2	3	4	5	6
90	0	1	2	3	4	5	6
91	0	1	2	3	4	5	6
92	0	1	2	3	4	5	6
93	0	1	2	3	4	5	6
94	0	1	2	3	4	5	6
95	0	1	2	3	4	5	6
96	0	1	2	3	4	5	6
97	0	1	2	3	4	5	6
98	0	1	2	3	4	5	6
99	0	1	2	3	4	5	6
100	0	1	2	3	4	5	6
101	0	1	2	3	4	5	6
102	0	1	2	3	4	5	6
103	0	1	2	3	4	5	6
104	0	1	2	3	4	5	6
105	0	1	2	3	4	5	6
106	0	1	2	3	4	5	6

Ítem n.º	Puntuación							Ítem n.º	Puntuación						
107	0	1	2	3	4	5	6	129	0	1	2	3	4	5	6
108	0	1	2	3	4	5	6	130	0	1	2	3	4	5	6
109	0	1	2	3	4	5	6	131	0	1	2	3	4	5	6
110	0	1	2	3	4	5	6	132	0	1	2	3	4	5	6
111	0	1	2	3	4	5	6	133	0	1	2	3	4	5	6
112	0	1	2	3	4	5	6	134	0	1	2	3	4	5	6
113	0	1	2	3	4	5	6	135	0	1	2	3	4	5	6
114	0	1	2	3	4	5	6	136	0	1	2	3	4	5	6
115	0	1	2	3	4	5	6	137	0	1	2	3	4	5	6
116	0	1	2	3	4	5	6	138	0	1	2	3	4	5	6
117	0	1	2	3	4	5	6	139	0	1	2	3	4	5	6
118	0	1	2	3	4	5	6	140	0	1	2	3	4	5	6
119	0	1	2	3	4	5	6	141	0	1	2	3	4	5	6
120	0	1	2	3	4	5	6	142	0	1	2	3	4	5	6
121	0	1	2	3	4	5	6	143	0	1	2	3	4	5	6
122	0	1	2	3	4	5	6	144	0	1	2	3	4	5	6
123	0	1	2	3	4	5	6	145	0	1	2	3	4	5	6
124	0	1	2	3	4	5	6	146	0	1	2	3	4	5	6
125	0	1	2	3	4	5	6	147	0	1	2	3	4	5	6
126	0	1	2	3	4	5	6	148	0	1	2	3	4	5	6
127	0	1	2	3	4	5	6	149	0	1	2	3	4	5	6
128	0	1	2	3	4	5	6	150	0	1	2	3	4	5	6

Ítems correspondientes a cada estilo de personalidad del CEPER:

Paranoide: 1, 15, 29, 43, 57, 71, 85, 99, 113, 127
 Esquizoide: 2, 16, 30, 44, 58, 86, 100, 114, 128, 141
 Esquizotípico: 3, 17, 31, 45, 59, 73, 87, 101, 115, 129
 Antisocial: 4, 18, 32, 46, 60, 74, 88, 102, 116, 130, 142, 149
 Límite: 5, 19, 33, 47, 61, 75, 89, 103, 117, 131, 143
 Histriónico: 6, 20, 34, 62, 76, 90, 104, 118, 132, 144
 Narcisista: 7, 21, 35, 49, 63, 77, 91, 105, 119, 133, 145
 Por evitación: 8, 22, 36, 50, 64, 78, 92, 106, 120, 134, 146, 150
 Por dependencia: 9, 23, 37, 51, 65, 79, 93, 121, 135, 147
 Obsesivo-compulsivo: 10, 24, 38, 52, 66, 80, 94, 108, 122, 136
 Pasivo-agresivo: 11, 25, 39, 53, 67, 81, 95, 109, 123, 137
 Autodestructivo: 12, 26, 40, 54, 68, 82, 96, 110, 124, 138
 Depresivo: 13, 27, 41, 55, 69, 83, 97, 111, 139, 148
 Sádico: 14, 28, 42, 56, 70, 84, 98, 112, 126, 140

BSQ

1. Cuando te aburres ¿te preocupas por tu figura?
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto de tu cuerpo?
4. ¿Has tenido miedo a engordar?
5. ¿Te ha preocupado que tus músculos no sean lo suficientemente firmes?
6. Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gordo/a?
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no rebotara?
9. ¿Estar con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?
11. El hecho de comer poca, comida, ¿te ha hecho sentir gordo/a?
12. Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?
14. Estar desnuda/o (por ejemplo cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gordo/a?
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura'?
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda/o o redondeada/o?
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de auto control?
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea gorditos alrededor de tu cintura o estómago?
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgados que tu?
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?
27. Cuando estas con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándote en un sofá o un autobús)?
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?
29. Verte reflejada/o en un espejo o escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?
30. ¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?
32. ¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgada/o?
33. ¿Te has fijado en tu figura estando en la compañía de otras personas?
34. La preocupación por tu figura ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)
HOJA DE RESPUESTAS

FECHA:

CODIGO:

EDAD:

GENERO: Femenino__ Masculino__

Responde las preguntas del cuestionario señalando con una **X** en la casilla correspondiente, de acuerdo a la frecuencia con la que te has sentido identificado con cada una de las preguntas del cuestionario **BSQ** que se te entregó.

- 1 = Nunca
- 2 = raramente
- 3 = Algunas veces
- 4 = A menudo
- 5 = Muy a menudo
- 6 = Siempre

Por favor, recuerda que este cuestionario es anónimo y garantiza la seguridad de tu identidad en todo momento, responde las preguntas con la mayor sinceridad posible.

Cuando hayas terminado, revisa esta hoja de respuestas de modo que no dejes ningún ítem sin contestar.

Ítem Nº	PUNTUACION					
1	1	2	3	4	5	6
2	1	2	3	4	5	6
3	1	2	3	4	5	6
4	1	2	3	4	5	6
5	1	2	3	4	5	6
6	1	2	3	4	5	6
7	1	2	3	4	5	6
8	1	2	3	4	5	6
9	1	2	3	4	5	6
10	1	2	3	4	5	6
11	1	2	3	4	5	6
12	1	2	3	4	5	6

13	1	2	3	4	5	6
14	1	2	3	4	5	6
15	1	2	3	4	5	6
16	1	2	3	4	5	6
17	1	2	3	4	5	6
18	1	2	3	4	5	6
19	1	2	3	4	5	6
20	1	2	3	4	5	6
21	1	2	3	4	5	6
22	1	2	3	4	5	6
23	1	2	3	4	5	6
24	1	2	3	4	5	6
25	1	2	3	4	5	6
26	1	2	3	4	5	6
27	1	2	3	4	5	6
28	1	2	3	4	5	6
29	1	2	3	4	5	6
30	1	2	3	4	5	6
31	1	2	3	4	5	6
32	1	2	3	4	5	6
33	1	2	3	4	5	6
34	1	2	3	4	5	6

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL EATING ATTITUDES TEST 26 (EAT-26)

A Gandarillas, *et al.*, 2003

1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.
2. Procuro no comer cuando tengo hambre.
3. La comida es para mí una preocupación habitual.
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.
7. Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.).
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.
9. Vomito después de comer.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.
12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.
15. Tardo más tiempo que los demás en comer.
16. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.
17. Tomo alimentos dietéticos.
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.
22. No me siento bien después de haber tomado dulces.
23. Estoy haciendo régimen.
24. Me gusta tener el estómago vacío.
25. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.
26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.

Categorías de respuesta:

Siempre / Muy a menudo / A menudo / A veces / Raramente / Nunca.

EATING ATTITUDES TEST (EAT 26)
HOJA DE RESPUESTAS

FECHA:

CODIGO:

EDAD:

GENERO: Femenino__ Masculino__

Responde las preguntas del cuestionario señalando con una **X** en la casilla correspondiente, de acuerdo a la frecuencia con la que te has sentido identificado con cada una de las preguntas del cuestionario **EAT 26** que se te entregó.

- 1 = Nunca
- 2 = raramente
- 3 = Algunas veces
- 4 = A menudo
- 5 = Muy a menudo
- 6 = Siempre

Por favor, recuerda que este cuestionario es anónimo y garantiza la seguridad de tu identidad en todo momento, responde las preguntas con la mayor sinceridad posible.

Cuando hayas terminado, revisa esta hoja de respuestas de modo que no dejes ningún ítem sin contestar.

Ítem Nº	PUNTUACION					
1	1	2	3	4	5	6
2	1	2	3	4	5	6
3	1	2	3	4	5	6
4	1	2	3	4	5	6
5	1	2	3	4	5	6
6	1	2	3	4	5	6
7	1	2	3	4	5	6
8	1	2	3	4	5	6
9	1	2	3	4	5	6
10	1	2	3	4	5	6
11	1	2	3	4	5	6
12	1	2	3	4	5	6

13	1	2	3	4	5	6
14	1	2	3	4	5	6
15	1	2	3	4	5	6
16	1	2	3	4	5	6
17	1	2	3	4	5	6
18	1	2	3	4	5	6
19	1	2	3	4	5	6
20	1	2	3	4	5	6
21	1	2	3	4	5	6
22	1	2	3	4	5	6
23	1	2	3	4	5	6
24	1	2	3	4	5	6
25	1	2	3	4	5	6
26	1	2	3	4	5	6

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

ANEXO IV

ESTILOS DE PERSONALIDAD

PERSONALIDAD	ESTILO	TRASTORNO
PARANOIDE “El tipo vigilante”	<ul style="list-style-type: none">• Sensibles para captar detalles del ambiente en el que se desenvuelven• Son muy analíticos de la expresión no verbal por lo que aprecian fácilmente las intenciones de las personas que se les aproximan.• Evalúan a las personas antes de entablar una relación con ellas.• Independientes para tomar decisiones.• Presentan facilidad para defenderse si se les ataca.• Toman muy en serio las críticas y no se sienten intimidados por ellas.• Le dan gran valor a la fidelidad y lealtad• Buscan siempre la independencia en cada aspecto de su vida.• Se mantienen cautos ante una nueva relación con otras personas.	<p>Criterios Diagnósticos DSM- IV- TR (APA 2000)</p> <p>A) Sospechas y desconfianza profundas infundadas hacia los demás, tal como lo indican cuatro o más de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sospechas de que los demás le están explotando, haciendo daño o engañándoles.2. Extraen significados ocultos de menosprecio o amenaza en comentarios o acontecimientos inocuos.3. Guardan rencor durante mucho tiempo, es decir no perdonan los insultos o desprecios.4. Sospechas infundadas y recurrentes sobre la fidelidad de su pareja.5. Están preocupados con dudas sobre la lealtad u honradez de sus amigos o asociados6. Son reacios a confiar en los demás por el

	<ul style="list-style-type: none"> • Gran sentido de la responsabilidad, especialmente en el cuidado de su familia. • Necesitan sentir que lo controlan todo. • Difíciles para reconocer y que les recuerden sus defectos, hábiles para recordar los de los demás. • Diplomáticos y buenos observadores, hábiles para captar la estructura de poder de su trabajo • Posesivos y celosos aunque no lo demuestran si no es con humor irónico. • No soportan la dependencia o subordinación. 	<p>temor de que la información la utilicen contra ellos.</p> <p>7. Perciben ataques a su persona o a su reputación y reaccionan fácilmente con ira o contraatacan</p> <p>B) Estos síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no se deben a los efectos fisiológicos directos de alguna enfermedad.</p>
<p>ESQUIZOIDE "El tipo asocial"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Individuos que se encuentran más cómodos estando en soledad, no sienten hostilidad hacia los demás ni ésta es la causa para no relacionarse con otras personas por lo que no requieren de la compañía de otros para desenvolverse. • Son bastante independientes. • Poseen un temperamento desapasionado y poco sentimental y pueden disfrutar del sexo, como relajante de tensiones a pesar de que no necesiten mantener una relación sexual continua. • No se dejan llevar por alabanzas ni críticas. 	<p>Criterios Diagnósticos DSM- IV- TR (APA 2000)</p> <p>A) Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican 4 o más de los siguientes puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia. 2. Escoge casi siempre actividades solitarias. 3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona. 4. Disfruta con pocas o ninguna actividad

	<ul style="list-style-type: none"> • Les cuesta interpretar y comprender las señales emocionales y sentimientos de los otros por lo que no satisfacen las necesidades emocionales de sus más allegados. • Raramente se aburren y disfrutan de su soledad que no es una forma de evitación sino una propia elección pues su verdadero placer se encuentra en ella. • Son buenos trabajadores a pesar de que no sirven para el trabajo en equipo o para relacionarse en público. 	<ul style="list-style-type: none"> 5. No tiene amigos íntimos, o personas de confianza, a parte de los familiares de primer grado 6. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás 7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad. B) Estos síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o trastorno generalizado del desarrollo y no se deben a los efectos fisiológicos directos de alguna enfermedad.
<p>ESQUIZOTÍPICO "El tipo excéntrico"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Son sujetos que se sienten atraídos por lo extrasensorial, sobrenatural y metafísica. • Son independientes y no requieren interacciones sociales. • Consiguen una vida original e interesante al margen de los convencionalismos. • Son muy sensibles frente a las reacciones de los demás hacia ellos, pero no basan su autoestima en la aprobación de los demás. • Curiosos, creativos de amplia imaginación • Cuando buscan compañía lo hacen en 	<p>Criterios Diagnósticos DSM- IV- TR (APA 2000)</p> <p>A) Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta t se dan en diversos contextos como lo indican 5 o más de los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Ideas de referencia 2. Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales.

	<p>individuos parecidos a ellos aunque pueden prescindir de las relaciones sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • No son competitivos ni ambiciosos • Tienen gran capacidad de concentración • Le dan gran importancia a sus pensamientos y sentimientos y buscan actividades que les proporcionen un mayor conocimiento de su interior. • Manejan difícilmente la poca aceptación del medio convencional hacia ellos y esperan mayor aceptación por ser diferentes. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales 4. Pensamiento y lenguaje raros 5. Susplicacia o ideación paranoide 6. Afectividad inapropiada o restringida 7. Comportamiento o apariencia rara excéntrica o peculiar 8. Falta de amigos íntimos o de confianza aparte de los familiares de primer grado 9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo. <p>B) Estos síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o trastorno generalizado del desarrollo y no se deben a los efectos fisiológicos directos de alguna enfermedad.</p>
<p>ANTISOCIAL "El tipo agresivo"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se dejan influir por los demás, ni por la sociedad, tienen un código propio de valores • Buscan arriesgarse continuamente en diferentes ámbitos de su vida pues no consideran el miedo como algo desagradable • Son independientes y esperan lo mismo de los demás • Les encanta el sexo y practicarlo de 	<p>Criterios Diagnósticos DSM- IV- TR (APA 2000)</p> <p>A) Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años como lo indican 3 o más de los siguientes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica perpetrar repetidamente

	<p>formas distintas y con diferentes parejas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apasionados por los viajes • Prefieren trabajar independientemente • Generosos con el dinero • Viven el presente sin pensar en el futuro o el pasado • De gran ingenio y astucia pueden llegar a resultar para los demás temerarios. • Expresan abiertamente sus sentimientos siendo muy transparentes • Buenos trabajadores cuando su empleo les ofrece estimulación y retos continuos • Buenos compañeros y amantes pero inestables pues la falta de emoción y placer termina cansándolos. 	<p>actos que son motivo de detención</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dishonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o placer 3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro 4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones 5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás 6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de las obligaciones económicas 7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación por haber dañado, maltratado o robado a otros. <p>B) El sujeto tiene al menos 18 años</p> <p>C) Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de las edad de 15 años</p> <p>D) El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.</p>
--	--	---

<p style="text-align: center;">LIMITE "El tipo inestable"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Individuos que necesitan estar vinculados sentimentalmente a alguien de forma intensa • Sus relaciones se rigen por la pasión, para ellos nada es superfluo y siguen la ley del todo o nada • En el terreno emocional lo entregan todo de forma activa y esperan ser correspondidos del mismo modo • Espontáneos, no se sienten amedrentados por nada y buscan el riesgo, poseen un significado diferente de la diversión porque la viven sin límites • De gran iniciativa, reconocidos por su actividad y creatividad. • De gran curiosidad. • Viven una constante dicotomía en todos los aspectos de su vida con relaciones emocionales fluctuantes. • Por permanecer en una búsqueda constante de placer pierden la perspectiva de planificación del futuro • Necesitan continuamente expresiones de afecto y a pesar de estas encuentran siempre falta de estima de los demás hacia ellos. • Permanecen en una búsqueda constante de identidad y pueden adoptar diferentes estilos de vida. 	<p>Criterios Diagnósticos DSM- IV- TR (APA 2000)</p> <p>A) Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican 5 o más de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado 2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación 3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. 4. Impulsividad en al menos dos áreas que puede ser potencialmente peligrosa para el sujeto (gastos, sexo, abuso de sustancias) 5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación 6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas o rara vez unos días) 7. Sentimientos crónicos de vacío 8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para
--	--	--

		<p>controlar la ira (mal genio, peleas físicas recurrentes)</p> <p>9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.</p>
<p>HISTRIÓNICO "El tipo teatral"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se guían por sensaciones, viven cada situación de forma muy emotiva • Efusivos, con gran imaginación, propensos al romance y melodrama • Necesitan elogios y cumplidos como algo básico de su vida • Activos, espontáneos e impulsivos • Preocupados por su apariencia • Seductores y encantadores, se gratifican con su sexualidad • Les gusta ser el centro de atención • Valoran a las personas en función de las emociones que les provocan • Demuestran sus sentimientos abiertamente • Reaccionan ante cualquier situación emocionándose • Efusivos y pasionales llegando a enfadarse de manera explosiva con alguien, pero sin llegar a ser rencorosos • Hábiles para interpretar señales no verbales de los demás. • Su búsqueda constante de emoción los aleja de la planificación y la rutina • Impacientes en casi todos los aspectos 	<p>Criterios Diagnósticos DSM- IV- TR (APA 2000)</p> <p>Un patrón general de excesiva emotividad y búsqueda de atención que empieza al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, tal como lo indican cinco o más de los siguientes ítems.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expresa las emociones de manera teatral, exagerada y como si estuviera representando una escena 2. Es sugestionable, es decir, es fácilmente influenciable por los demás o por las circunstancias 3. Manifiesta una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante 4. Está incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención 5. La interacción con los demás se caracteriza a menudo por conductas sexualmente seductoras o provocativas de forma inapropiada 6. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad 7. El estilo del habla es excesivamente impresionista y no incluye detalles 8. Utiliza constantemente la apariencia física

		para llamar la atención
<p>NARCISISTA</p> <p>“El tipo enamorado de sí mismo”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poseen una autoestima muy elevada y están seguros de sus capacidades y virtudes pero niegan sus defectos • Son extravertidos, competitivos y esperan ser tratados bien por parte de los demás • Bastante independientes y capaces de delegar funciones otorgando autonomía siempre y cuando los otros cumplan con su trabajo. • Son directos la hora de hablar de sus logros, saben negociar y venderse bien por lo que son individuos que generalmente obtienen puestos de poder que los llenan de méritos y que les permiten dirigir a otras personas con su liderazgo y emprendimiento característico. • Son astutos a la hora de aprovechar los puntos fuertes de los que les rodean para conseguir sus propios logros y no comparten el mérito de ellos a pesar de haberlos obtenido por medio del trabajo en equipo. • Hábiles para competir, sueñan con estar en la cúspide imaginándose a sí mismos constantemente como los mejores. 	<p>Criterios Diagnósticos DSM- IV- TR (APA 2000)</p> <p>Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, tal como lo indican 5 o más de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un sentido grandioso de la propia importancia 2. Está preocupado por fantasías de éxito, poder, brillo, belleza o amor ideal ilimitados 3. Exige admiración excesiva 4. Es interpersonalmente explotador. 5. Carece de empatía: reacio a conocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de otros. 6. A menudo tiene envidia de los demás o cree que los demás le tienen envidia 7. Cree que es especial y único y que solo pueden comprenderle o solo debería relacionarse con otras personas especiales o de estatus elevado 8. Es muy pretencioso, es decir expectativas poco razonables de recibir un trato especial. 9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbias.

	<ul style="list-style-type: none"> • Conocen en cada momento cual es su estado de ánimo y como se sienten. • Aceptan con aplomo los cumplidos de los demás y precisan sentirse queridos y necesitados pero no son generosos en el amor ni aman de forma desinteresada. • Se ven afectados por las críticas de otros pero pueden disimularlo fácilmente y el rechazo es para ellos es algo inaceptable. 	
<p>EVITADOR “El tipo sensible”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prefieren lo conocido, habitual y rutinario a lo desconocido y son reticentes a establecer nuevos vínculos. • Son cautos en situaciones nuevas y cuando no conocen a una persona se esconden bajo una máscara de amabilidad, cortesía y distancia emocional. • Tienen pocos amigos y se sienten muy unidos a la familia con la que establecen vínculos profundos y duraderos. • La confianza en sí mismos aumenta en relaciones sólidas, duraderas y familiares y se fortalecen con personas que estén pendientes de la familia. • Tímidos ante la presencia de muchas personas por su temor al rechazo. • Presentan excesiva preocupación por lo que piensen los demás acerca de ellos. Por lo que necesitan una constante 	<p>Criterios Diagnósticos DSM- IV- TR (APA 2000)</p> <p>Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de incapacidad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos como lo indican 4 o más de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante por temor a las críticas, desaprobación o rechazo 2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar 3. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales 4. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de incapacidad 5. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás 6. Extremadamente reacio a correr riesgos

	<p>aprobación de los otros para sentirse seguros de ellos mismos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son corteses y educados y no emiten juicios infundados sobre los demás • Gran necesidad de saber • Creativos y fantasiosos por lo que su mejor expresión se da a través del arte y la literatura. 	<p>personales o a implicarse en nuevas actividades, debido a que pueden ser comprometedoras.</p>
<p>DEPENDIENTE “El tipo apegado”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personas comprometidas en sus relaciones • Prefieren estar acompañados a la soledad • Más afines a la obediencia y son muy respetuosos de las autoridades • No presentan tanta iniciativa para enfrentarse a la vida por lo que piden consejo a los demás con gusto y buscan parejas dominantes • Amables y diplomáticos fomentan en sus relaciones buenos sentimientos • Emocionalmente constantes • Pueden sufrir molestias por complacer a los demás anticipándose a sus necesidades y si se enfadan no lo comparten abiertamente por no molestar al otro • Cuando se los critica lo aceptan y tratan de corregir su conducta 	<p>Criterios Diagnósticos DSM- IV- TR (APA 2000)</p> <p>Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, lo que produce un comportamiento de sumisión y apego y temores de separación, que empieza en el principio de la edad adulta y se encuentra presente en una serie de contextos tal como lo indican 5 o más de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les es difícil tomar decisiones cotidianas con una cantidad exagerada de consejo y recomendaciones por parte de los demás 2. Necesita que otras personas asuman la responsabilidad de las áreas más importantes de su vida 3. Le es difícil expresar desacuerdo ante otras personas por temor a perder su apoyo o aprobación. 4. Se esfuerza en exceso para obtener cuidado y apoyo por parte de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.

	<ul style="list-style-type: none"> • Idealizan a sus parejas o personas importantes de sus vidas y no se cansan de ellas 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo, debido a temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo. 6. Está preocupado de forma poco realista por el temor de que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo 7. Busca urgentemente otra relación como fuente de cuidado y apoyo cuando termina una relación íntima. 8. Le es difícil iniciar proyectos o hacer cosas por propia iniciativa (por falta de confianza en sus propias decisiones)
<p>OBSESIVO – COMPULSIVO "El tipo perfeccionista"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Son comedidos y cautos en todos los aspectos de su vida, evitando excesos e imprudencias • Gran parte de su tiempo lo dedican a actividades laborales, cuidando cada detalle de sus tareas y evitando concienzudamente cometer errores y dedicando poco tiempo a ellos mismos. • Tiene una gran autodisciplina y se rige por el intelecto y no las emociones por lo que es reservado y poco efusivo afectivamente. • Propenso al estrés. • Esperan de los demás lo mismo que de sí mismos y son muy fieles, responsables, cuidan bien de sus cónyuges • Muy respetuosos con las figuras de 	<p>Criterios Diagnósticos DSM- IV- TR (APA 2000)</p> <p>Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos como lo indican 4 o más de los siguientes ítems.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden , la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad 2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas 3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y amistades 4. Excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o

	<p>autoridad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preferencia por la limpieza, orden y rutina y de grandes cualidades para la organización. • Almacenan objetos que puedan tener algún uso en el futuro • 	<p>valores</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental 6. Reacio a delegar tareas o trabajo a otros, a no ser que estos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas 7. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras 8. Muestra rigidez y obstinación.
<p>PASIVO- AGRESIVO "El tipo sin prisas"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protegen su tiempo libre en el que buscan comodidad y felicidad haciendo lo que más les plazca • Dan lo que se espera de ellos pero nada más • No soportan ser explotados e intentan evitar sutilmente aquellas demandas que les parecen injustas, no son personas que se sometan a nada ni nadie. • No se obsesionan con el tiempo ni por lo que es urgente • No son rebeldes ni desafiantes y son independientes • No trabajan para conseguir éxito ni fama, sino como medio para obtener comodidades por lo que suelen ser vistos como holgazanes. 	<p>Criterios Diagnósticos DSM- IV- TR (APA 2000)</p> <p>A. Patrón generalizado de actitudes de oposición y resistencia pasiva ante demandas que exigen un rendimiento adecuado, que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una gran variedad de contextos, tal y como lo indican 4 o más de los siguientes ítems.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Muestran una resistencia pasiva a satisfacer los requerimientos de las tareas laborales y sociales diarias 2. Se quejan de ser incomprendidos y menospreciados por los demás 3. Son resentidos y discutidores 4. Muestran desprecio y emiten críticas poco razonables hacia la autoridad 5. Manifiestan envidia y resentimiento hacia quienes son, aparentemente más

	<ul style="list-style-type: none"> • No se ponen ansiosos por terminar alguna tarea a menos que sea estrictamente necesario • Solo hacen el trabajo que les corresponde, ya que no encuentran sentido de la vida en el área laboral • Presentan una gran tolerancia al aburrimiento • Son lentos plácidos y buscan siempre el placer. • No buscan satisfacer las necesidades de su pareja 	<p>afortunados que ellos</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Expresan quejas constantes y exageradas de su desgracia 7. Alternan entre las amenazas hostiles y el arrepentimiento. <p>B. El patrón comportamental no aparece exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico.</p>
<p>DEPRESIVO "El tipo serio"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen un patrón emocional sobrio, controlado y tristón • Disminución de la capacidad para sentir placer • Mayor conciencia de sus defectos y virtudes • Conceden más importancia a los aspectos negativos de su personalidad y no pueden valorar los aspectos positivos de la vida. • Sujetos poco extravertidos. • Se vuelven muy dependientes de su cónyuge pero son bastante críticos con ellos cuando su comportamiento no es responsable o correcto • Son realistas, atribuyendo a lo negativo 	<p>Criterios Diagnósticos DSM- IV- TR (APA 2000)</p> <p>A. Un patrón generalizado de conductas y cogniciones depresivas que comienzan al principio de la edad adulta y se reflejan en una amplia variedad de contextos, tal y como lo indican 5 o más de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El estado de ánimo habitual está dominado por el abatimiento, la tristeza, el desánimo la desilusión y la infelicidad. 2. El concepto de uno mismo se centra alrededor de sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima. 3. Se critica, se acusa o se auto descalifica 4. Cavila y tiende a preocuparse por todo 5. Critica, juzga y lleva la contraria a los otros

	<p>su justo valor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se excusan con facilidad por su conducta • No están obsesionados por sus fallos o fracasos • Anticipan las situaciones antes de actuar en ellas • Pueden tomar la iniciativa cuando es necesario • Siempre están preparados para lo peor • Su estado de ánimo es el reflejo de los aspectos negativos de sí mismos y de la situación • Son realistas sobre sus capacidades y limitaciones • Se enfadan con aquellos que pretenden exagerar lo bueno a expensas de lo realista • Se preocupan de que las necesidades de su familia estén cubiertas. 	<p>6. Se muestra pesimista</p> <p>7. Tiende a sentirse culpable o arrepentido</p> <p>B. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explican mejor por la presencia de un trastorno distímico</p>
<p>AUTODESTRUCTIVO "El tipo altruista"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personas atentas a los requisitos de los demás, intentando satisfacerlas sin necesidad de que el otro se lo pida, consideradas en el trato con el otro. • NO buscan que los gratifiquen, pero les molesta que la gente ignore sus esfuerzos o no los valore. • No son competitivos ni ambiciosos 	<p>A. Un patrón general de conducta destructiva que comienza a manifestarse a principios de la edad adulta y se presenta en una variedad de contextos. La persona a menudo evita o arruina las experiencias placenteras, en ocasiones termina arrastrada a situaciones que la hacen sufrir e impide que los demás la ayuden, tal como lo indicaría la presencia de por lo menos</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Son tolerantes con los demás y nunca critican ni juzgan con crueldad • No les gusta ser el centro de atención • Tienen mucha paciencia y gran tolerancia con la incomodidad • No son irónicos ni pedantes • Son éticos, honrados y dignos de confianza • Son ingenuos, inocentes y les cuesta expresar su enfado con las personas que quieren • No sospechan que hayan segundas intenciones en las personas a quienes se entregan. • Emocionalmente se sienten bien cuando se dan a los demás y son propensos a la depresión y la tristeza porque perciben el mundo como un lugar duro e injusto 	<p>CINCO de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El individuo elige situaciones y personas que lo llevan al fracaso, la desilusión o el maltrato, incluso cuando tiene la posibilidad de elegir algo mejor. 2. Rechaza o convierte en inútiles los esfuerzos de otros por ayudarlo. 3. Después de un acontecimiento positivo, como podría ser un nuevo logro personal, reacciona con depresión, culpa o con una conducta que produce sufrimiento (por ejemplo, un accidente). 4. Provoca una reacción de enojo o rechazo en los demás y luego se siente ofendido, derrotado o humillado (por ejemplo, se burla de su cónyuge en público, provoca su réplica airada y luego se siente desolado). 5. Rechaza las oportunidades de sentir placer o es reactivo a reconocer que disfruta con algo (pese a que tiene las necesarias aptitudes sociales y la capacidad de gozar). 6. No realiza tareas de vital importancia para su progreso personal a pesar de tener condiciones para ello. Por ejemplo: ayuda a sus compañeros de estudios a redactar monografías pero es incapaz de escribir la propia. 7. No le interesan o rechaza a las personas que lo tratan bien; por ejemplo, no le
--	---	---

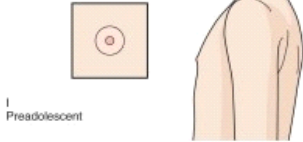
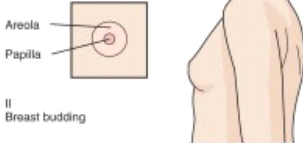
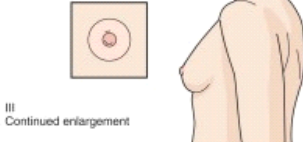
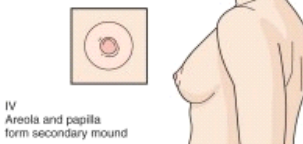
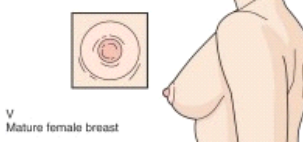
		<p>atraen los compañeros sexuales que le demuestran cariño.</p> <p>8. Realiza sacrificios extremos que no le solicitan las personas a quienes van dirigidos tales sacrificios.</p> <p>B. Las conductas del apartado A no se producen como respuesta o anticipándose a situaciones en las que esta persona pueda recibir malos tratos físicos, sexuales o psicológicos y no se producen sólo cuando la persona está deprimida.</p>
<p>SADICO "El tipo cruel"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercen con naturalidad el poder, autoridad y responsabilidad • Las estructuras de poder en las que mejor funcionan son las tradicionales con puestos de trabajo definidos y líneas de mando claras • Controlan muy bien sus emociones, muy disciplinados, imponen reglas de orden a sus subordinados • Hacen lo que sea para q sus metas propuestas se cumplan y no le temen al fracaso. • Valientes, agresivos físicamente con grandes impulsos sexuales e inclinación por lo físico, afines con la acción y aventura. • Presentan un carácter mucho más fuerte que las demás personas y tienen una necesidad innata de dominar y si se 	<p>Criterios Diagnósticos DSM- III- R (APA 1987)</p> <p>A. Un patrón patológico de conducta cruel, desconsiderada y agresiva, dirigida hacia los demás, que comienza al principio de la edad adulta y que se manifiesta por la presencia de 4 o más de lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haber utilizado la crueldad o la violencia física con el fin de establecer la dominancia en una relación 2. Humillar o dar un trato ofensivo a alguien en presencia de otros 3. Tratar o castigar con excesiva dureza a alguien que está bajo su control 4. Divertirse o disfrutar con el sufrimiento físico o emocional de otros 5. Mentir con el fin de causar daño o











	sienten atacados en su poder entonces pueden atacar a los otros duramente.	<p>dolor a otros</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Conseguir que las personas hagan lo que él/ ella desea atemorizándolas 7. Limita la autonomía de la gente con la que se tiene una íntima relación 8. Se siente atraído por la violencia, armas, artes marciales, heridas o la tortura. <p>B. La conducta descrita en A no se ha dirigido únicamente hacia una persona ni ha tenido como único fin la excitación sexual</p>
--	--	--






Realizado por: Daniela Regalado

Fuente: Caballo Vicente, Manual de Trastornos de la Personalidad Descripción, Evaluación y tratamiento, 2004, Editorial Síntesis, Madrid, España.

DESARROLLO PUBERAL DE LA ADOLESCENCIA

GRADOS DE TANNER PARA EL DESARROLLO MAMARIO DEL ADOLESCENTE		
GRADO	DESCRIPCIÓN	ILUSTRACIÓN
I o Prepuberal	No hay tejido mamario palpable, solo el pezón protruye, la areola no se encuentra pigmentada.	 <p>I Preadolescent</p> <p>8-13 años</p>
II	Desarrollo del botón mamario. Areola y pezón protruyen juntos, observándose un aumento del diámetro areolar. Se palpa tejido mamario bajo la areola con pigmentación de esta.	 <p>Areola Papilla</p> <p>II Breast budding</p> <p>10- 15 años</p>
III	Crecimiento de la mama y pezón. Areola con mayor pigmentación. Areola y mama tienen un solo contorno.	 <p>III Continued enlargement</p> <p>11-15 años</p>
IV	Mayor crecimiento de la mama, areola más pigmentada y levantada. Se observan tres contornos.	 <p>IV Areola and papilla form secondary mound</p> <p>12-16 años</p>
V	Mama adulta, protruye pezón y mama y areola constituyen un solo contorno.	 <p>V Mature female breast</p> <p>Mama adulta</p>

GRADOS DE TANNER PARA EL DESARROLLO DE VELLO PÚBLICO DEL ADOLESCENTE			
GRADO	DESCRIPCIÓN	ILUSTRACIÓN	
I o Prepuberal	Ausencia de vello púbico	 1 prepuberal	 prepuberal
II	Presencia de vello suave, largo, pigmentado, liso o ligeramente rizado en la base del pene o a lo largo de labios mayores	 2 9-15 años	 8-13 años
III	Vello más pigmentado, áspero y rizado, se extiende sobre el púbis en forma poco densa	 3 11-15 años	 10-14 años
IV	Vello con características del adulto, no se extiende hacia el ombligo en varones o muslos mujeres.	 4 12-16 años	 10-15 años
V	Vello púbico adulto que se extiende hacia el ombligo en varones y hacia los muslos en mujeres.	 5 13-17 años	 12-16 años

GRADOS DE TANNER PARA EL DESARROLLO DE GENITALES DEL ADOLESCENTE		
GRADO	DESCRIPCIÓN	ILUSTRACIÓN
I o Prepuberal	Testículos escroto y pene con aspecto infantil	 <p>Prepuberal</p>
II	Escroto y testículos aumentan ligeramente de tamaño. El escroto cambia su coloración y adquiere una estructura más laxa. Los testículos alcanzan un tamaño superior a los 2,5cm en su eje mayor.	 <p>9-15 años</p>
III	Testículos alcanzan 3,3 a 4cm, el pene aumenta su grosor	 <p>10-15 años</p>
IV	Aumento del diámetro del pene y desarrollo del glande, testículos aumentan de tamaño 4,1 a 4,5 cm. Escroto más desarrollado y pigmentado.	 <p>12-16 años</p>
V	Genitales de forma y tamaño adultos. Largo testicular mayor a 4,5 cm.	 <p>13-17 años</p>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Normas de Atención en Salud Integral: Módulo 5, Adolescencia, mujer y hombre de 10 a menos de 20 años. Guatemala: Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas (DRPAP); 2010

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DURANTE LA ADOLESCENCIA

Requerimiento	Varones		Mujeres	
	11 a 14 años	15 a 18 años	11 a 14 años	15 a 18 años
Peso (Kg)	45	66	46	55
Talla (cm)	157	176	157	163
Energía (Kcal total)	2500	3000	2200	2200
Proteínas (g)	45	59	47	44
Vitamina A (ug ER)	1000	1000	800	800
Vitamina D (ug)	10	10	10	10
Vitamina E (mg E alfa T)	10	10	8	8
Vitamina K (ug)	45	65	45	55
Vitamina C (mg)	50	60	50	60
Tiamina (mg)	1.3	1.5	1.1	1.1
Rivoflavina (mg)	1.5	1.8	1.3	1.3
Niacina (mg EN)	17	20	15	15
Vitamina B6 (mg)	1.7	2	1.4	1.5
Ácido Fólico(ug)	150	200	150	180
Vitamina B12(ug)	2	2	2	2
Calcio (mg)	1200	1200	1200	1200
Fósforo (mg)	1200	1200	1200	1200
Magnesio (mg)	270	400	280	300
Hierro (mg)	12	12	15	15
Zinc (mg)	15	15	12	12
Yodo (ug)	150	150	150	150
Selenio (ug)	40	50	45	50

Raciones Dietéticas de Nutrientes Recomendadas para Varones y Mujeres Adolescentes

TABLA DE CONTINGENCIA

**RASGOS DE PERSONALIDAD DE LOS ESTUDIANTES EVALUADOS DEL COLEGIO
ANTARES**

Tabla de contingencia PERSONALIDAD * PRESENCIA DE RTCA					
			PRESENCIA DE RTCA		Total
			NO	SI	
PERSONALIDAD	ANTISOCIAL	Recuento	2	0	2
		% dentro de PRESENCIA DE RTCA	1,2%	0,0%	1,1%
	DEPENDENCIA	Recuento	1	0	1
		% dentro de PRESENCIA DE RTCA	0,6%	0,0%	0,6%
	DEPRESIVO	Recuento	1	1	2
		% dentro de PRESENCIA DE RTCA	0,6%	9,1%	1,1%
	DEPRESIVO/ PAS-AGR/ HISTRIONICO	Recuento	1	0	1
		% dentro de PRESENCIA DE RTCA	0,6%	0,0%	0,6%
	ESQUIZOIDE	Recuento	20	1	21
		% dentro de PRESENCIA DE RTCA	12,0%	9,1%	11,9%
	ESQUIZOTIPICO/ESQUIZOIDE	Recuento	1	0	1
		% dentro de PRESENCIA DE RTCA	0,6%	0,0%	0,6%
	EVITACION	Recuento	8	1	9
		% dentro de PRESENCIA DE RTCA	4,8%	9,1%	5,1%
	HISTRIONICO	Recuento	8	1	9
		% dentro de PRESENCIA DE RTCA	4,8%	9,1%	5,1%
	LIMITE	Recuento	8	1	9
		% dentro de PRESENCIA DE RTCA	4,8%	9,1%	5,1%
	NARCICISTA	Recuento	15	1	16
		% dentro de PRESENCIA DE RTCA	9,0%	9,1%	9,0%
	OBS-COMP	Recuento	48	1	49

		% dentro de PRESENCIA DE RTCA	28,9%	9,1%	27,7%
OBS-COMP/ESQUIZOIDE	Recuento	1	0	1	
	% dentro de PRESENCIA DE RTCA	0,6%	0,0%	0,6%	
OBS-COMP/PARANOIDE	Recuento	2	0	2	
	% dentro de PRESENCIA DE RTCA	1,2%	0,0%	1,1%	
OBS-COMP/PAS-AGR	Recuento	1	0	1	
	% dentro de PRESENCIA DE RTCA	0,6%	0,0%	0,6%	
PARANOIDE	Recuento	25	4	29	
	% dentro de PRESENCIA DE RTCA	15,1%	36,4%	16,4%	
PARANOIDE/ DEPENDENCIA	Recuento	1	0	1	
	% dentro de PRESENCIA DE RTCA	0,6%	0,0%	0,6%	
PARANOIDE/ ESQUIZOIDE	Recuento	1	0	1	
	% dentro de PRESENCIA DE RTCA	0,6%	0,0%	0,6%	
PARANOIDE/ NARCICISTA	Recuento	1	0	1	
	% dentro de PRESENCIA DE RTCA	0,6%	0,0%	0,6%	
PAS-AGR	Recuento	17	0	17	
	% dentro de PRESENCIA DE RTCA	10,2%	0,0%	9,6%	
PAS-AGR/ EVITACION	Recuento	1	0	1	
	% dentro de PRESENCIA DE RTCA	0,6%	0,0%	0,6%	
PAS-AGR/ESQUIZOIDE	Recuento	1	0	1	
	% dentro de PRESENCIA DE RTCA	0,6%	0,0%	0,6%	
PAS-AGR/NARCICISTA	Recuento	1	0	1	
	% dentro de PRESENCIA DE RTCA	0,6%	0,0%	0,6%	
SADICO	Recuento	1	0	1	

		% dentro de PRESENCIA DE RTCA	0,6%	0,0%	0,6%
Total	Recuento		166	11	177
	% dentro de PRESENCIA DE RTCA		100,0%	100,0%	100,0%

Realizado por: Daniela Regalado

Fuente: Entrevistas estudiantes Colegio Particular Antares